INFORME DE LA COMISIÓN DE VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO RECAÍDO EN LOS PROYECTOS QUE MODIFICAN EL DECRETO CON FUERZA DE LEY N° 382, LEY GENERAL DE SERVICIOS SANITARIOS, PARA EXIMIR A LAS VIVIENDAS SOCIALES O SUBSIDIADAS DE HASTA 750 UNIDADES DE FOMENTO, DEL COSTO DE CONEXIÓN A LA RED DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO Y PARA FACILITAR LA CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDAS SOCIALES. SIMPLIFICANDO EL PROCEDIMIENTO DE AMPLIACIÓN DE TERRITORIOS OPERACIONALES DE SERVICIOS SANITARIOS.

BOLETINES N°s 5502-14 y 5571-14-1[1]

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Vivienda y Desarrollo Urbano pasa a informar sobre los proyectos de ley referidos en el epígrafe, en primer trámite constitucional y reglamentario, sin urgencia, originados en las mociones que a continuación se enuncian:

1- De los Diputados señores **Eugenio Tuma, Andrés Egaña, René Manuel García, Juan Carlos Latorre, Gonzalo Uriarte, Gonzalo Duarte, Fidel Espinoza, Jorge Insunza y Jaime Quintana**, que modifica la ley General de Servicios Sanitarios, para eximir a las viviendas sociales o subsidiadas de hasta 750 unidades de fomento, del costo de conexión a la red de agua potable y alcantarillado, boletín N° 5502-14.

2- De los Diputados señores **Manuel Monsalve, Eugenio Tuma, Fidel Espinoza, Gonzalo Duarte, Alfonso De Urresti, Marcelo Díaz, René Manuel García, Jaime Quintana y Fulvio Rossi**, que facilita la construcción de viviendas sociales simplificando el procedimiento de ampliación de territorios operacionales de servicios sanitarios, boletín N° 5571-14.

****

Cabe hacer presente que la Comisión, en sesión ordinaria N° 58, de 19 de diciembre de 2007, acordó -por unanimidad- refundirlos y estudiarlos en conjunto, por cuanto se refieren a materias afines.

****

I.- CONSTANCIAS PREVIAS.

1.- IDEA MATRIZ O FUNDAMENTAL DE LOS PROYECTOS.

Se modifica la ley General de Servicios Sanitarios, con el propósito de eximir del cobro de conexión a la red de agua potable y alcantarillado a las viviendas sociales o subsidiadas, cuyo valor no sea superior a 750 unidades de fomento, como, asimismo, simplificar el procedimiento para la ampliación de territorios operacionales que, atendida la rigidez de los requisitos y amplitud de los plazos, en muchos casos desincentiva proyectos de construcción de viviendas sociales.

---

[1] La tramitación completa de estos proyectos se encuentra disponible en la página web de la Cámara de Diputados: http://sil.congreso.cl/pags/index.html

2.- NORMAS DE CARÁCTER ORGÁNICO CONSTITUCIONAL O DE QUÓRUM CALIFICADO.

No hay.

3.- TRÁMITE DE HACIENDA.

No existen normas en esta situación.

4.- LOS PROYECTOS FUERON APROBADOS, EN GENERAL, POR UNANIMIDAD.

VOTARON A FAVOR DE AMBAS INICIATIVAS LOS DIPUTADOS SEÑORES **JUAN CARLOS LATORRE** (PRESIDENTE), **SERGIO BOBADILLA, ANDRÉS EGAÑA, RENÉ MANUEL GARCÍA, MANUEL MONSALVE**, **CARLOS MONTES** Y **EUGENIO TUMA**[2]**,** (7 X 0)

5.- SE DESIGNÓ DIPUTADO INFORMANTE AL SEÑOR **GONZALO URIARTE HERRERA.**

****

La Comisión contó con la asistencia y colaboración de doña **Patricia Poblete,** Ministra de Vivienda y Urbanismo, doña **Jeanette Tapia** y don **José Luis Bresciani**; asesora jurídica y Jefe del Departamento de Desarrollo Urbano de ese Ministerio, respectivamente; don **Sergio Bitar**, Ministro de Obras Públicas; doña **Magaly Espinoza**, Superintendenta de Servicios Sanitarios; señores **David Peralta** y **José Luis Szczaranski,** Fiscal y Jefe de Concesiones de ese servicio, respectivamente; don **Eugenio Celedón,** ex Superintendente de Servicios Sanitarios;.doña **María de la Luz Domper**, Investigadora del Instituto Libertad y Desarrollo, y don **Rodrigo Delaveau**, investigador; don **Luis Nario**, Presidente de la Cámara Chilena de la Construcción, **Gonzalo Bustos** y **Andrea Alvarado**, asesores; don **Guillermo Pickering**, Presidente de la Asociación Nacional de Empresas de Servicios Sanitarios (ANDESS) y don **Gabriel Bitrán**, asesor; don **Pedro Pablo Errázuriz**, Gerente General de la empresa de servicios sanitarios ESSBIO; don **José Sáez**, Gerente General de la empresa de servicios sanitarios ESSAL; don **Gustavo González**, Gerente General de la empresa de servicios sanitarios ESVAL y don **Juan Emilio Lafontaine**, relacionador público; don **Felipe Larraín**, Gerente General de la empresa de servicios sanitarios AGUAS ANDINAS; don **Santiago Hernando**, Gerente General de la empresa de servicios sanitarios AGUAS NUEVAS y don **Sergio Icaza**, Presidente de AGUAS PATAGONIA.

[2] Reemplaza al Diputado Insunza.

II. ANTECEDENTES.

MOCIÓN QUE MODIFICA LA LEY GENERAL DE SERVICIOS SANITARIOS PARA EXIMIR A LAS VIVIENDAS SOCIALES O SUBSIDIADAS DE HASTA 750 UNIDADES DE FOMENTO, DEL COSTO DE CONEXIÓN A LA RED DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO (BOLETÍN N° 5502-14).

Los autores de esta iniciativa expresan que los servicios sanitarios son servicios básicos, destinados a producir y distribuir agua potable y a recolectar las aguas servidas.

Añaden que los servicios sanitarios en Chile son entregados por empresas privadas, atendido que se trata de una actividad económica en que existe interés privado para su explotación. Recuerdan que, conforme al principio de la subsidiaridad del Estado, éste sólo puede ejercer o desarrollar actividades económicas en la medida que no existan particulares interesados en ello.

Precisan que por tratarse de servicios básicos relacionados con la salubridad e higiene públicos, éstos se encuentran regulados en la ley General de Servicios Sanitarios (decreto con fuerza de ley N° 382, de 1989, del Ministerio de Obras Públicas), que -en lo esencial- establece, a través de un sistema concesional, los requisitos de las empresas para la adjudicación de la prestación de los servicios, y los derechos y obligaciones de las concesionarias.

Uno de los problemas que, a su juicio, surgen en el servicio de distribución o abastecimiento domiciliario de agua potable, y que es parte de la razón por la cual es necesario contar con un marco normativo como la ley General de Servicios Sanitarios, es que para el concesionario no sea rentable prestar el servicio, no ya por el hecho mismo de la distribución, sino por la necesidad de construir la infraestructura necesaria para prestar el servicio. Es lo que ocurre, por ejemplo, con la edificación de proyectos inmobiliarios en lugares en que no existe red de agua potable o alcantarillado. Las concesionarias, para prestar el servicio, y los urbanizadores para desarrollar sus proyectos, optan por cobrar el denominado costo de acercamiento, es decir, el valor que significa realizar las construcciones necesarias para quedar en condiciones de prestar el servicio. Esta situación, que en parte fue abordada por la ley N° 20.038, no está regulada en la ley y se produce dentro de un vacío normativo difícil de suplir, ya que la opción que entrega la ley, consiste en que la Superintendencia de Servicios Sanitarios, advirtiendo que dentro del radio urbano existe la necesidad de prestar el servicio, disponga la extensión del área licitada a una empresa, y si ésta -ejerciendo su derecho- se niega, puede la Superintendencia convocar a una licitación para proveer el servicio, a la cual difícilmente se presentarán interesados, pues si la concesionaria cercana decidió que no era rentable, menos lo será para otra más lejana o una nueva. Y la razón es muy simple: no se puede obligar a una empresa privada a prestar un servicio que le signifique incurrir en pérdidas o eventualmente la quiebra.

Aparte de este costo de acercamiento, existe un costo - regulado en la ley, en cuanto a quien debe asumirlo - y que es el costo de conexión. De acuerdo a las disposiciones de la ley General de Servicios Sanitarios, este costo es de cargo del urbanizador.

Tratándose de viviendas sociales o subsidiadas, se produce una situación absurda, ya que a las personas beneficiarias de los programas de viviendas les son entregados beneficios conforme a los cuales les resulta más caro asumir el costo de conexión que el de la vivienda misma; en otras palabras: pagan más cara la urbanización que las casas. Y lo que ocurre en

este caso, es que no obstante establecerse en la ley que el costo es de cargo del urbanizador, muchas veces ocurre que el urbanizador son los propios comités de la vivienda, o bien empresas contratadas para el efecto, que atendido el valor de adjudicación para la construcción de las viviendas, no tienen capacidad para asumir – además - el costo de conexión, ante lo cual este costo es asumido por los propietarios de las viviendas.

Agregan que las empresas sanitarias del país, con un profundo compromiso social, entienden que este costo puede ser asumido por ellas sin que les signifique una carga excesiva que vaya a desestabilizar su estructura financiera, por lo que estarían dispuestas a asumir el costo de conexión tratándose de viviendas sociales o con subsidio de hasta 750 unidades de fomento.

****

MOCIÓN, QUE FACILITA LA CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDAS SOCIALES. SIMPLIFICANDO EL PROCEDIMIENTO DE AMPLIACIÓN DE TERRITORIOS OPERACIONALES DE SERVICIOS SANITARIOS (BOLETÍN N° 5571-14).

Señalan los patrocinantes de esta moción que en Chile para establecer, construir y explotar servicios sanitarios en zonas urbanas o urbanizables sólo es posible en la medida de que se cuente con la respectiva concesión sanitaria, a que se refiere el decreto con fuerza de ley N° 382, que contiene la ley General de Servicios Sanitarios.

En materia de licitaciones -sin perjuicio de la facultad de la concesionaria para solicitar ampliaciones de su concesión a la autoridad competente-, la regla general es que cada vez que exista la necesidad de asegurar la provisión del servicio sanitario en determinadas zonas dentro del límite urbano, la Superintendencia deberá efectuar la respectiva licitación pública, no pudiendo excusarse de hacerlo cuando así lo requiera el Ministerio de la Vivienda y Urbanismo respecto de las áreas urbanas, fundado en la necesidad de cumplir sus políticas, planes y programas relativos a viviendas sociales o subsidiadas, hasta 750 unidades de fomento.

El reglamento, por su parte, agrega en su artículo 48 que "la Superintendencia llamará a licitación publica para el otorgamiento de nuevas concesiones, en los casos previstos en la ley y cuando por causas de interés social, calificadas por la misma Superintendencia, sea imprescindible en una zona urbana asegurar la provisión de servicios sanitarios". En estos casos la Superintendencia solicitará informe del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo y de la Municipalidad respectiva, con el fin de que se pronuncie en relación con la necesidad de asegurar la provisión del servicio sanitario.

Añaden que en este ámbito otro mecanismo que contempla la ley es la ampliación forzada, en que de no existir proponentes para la licitación o no haber cumplido éstos con los requisitos exigidos por la ley, la Superintendencia de Servicios Sanitarios podrá exigir al prestador que opere el servicio sanitario del área geográfica más cercana a la zona en licitación, la ampliación de su concesión a esta última zona, siempre que exista la factibilidad técnica y factibilidad de enfrentar administrativa y financieramente por el prestador las nuevas áreas.

En virtud de la ley N° 20.038 el Ministerio de Vivienda puede solicitar a la superintendencia licitar territorios que no cuentan

con concesiones sanitarias, en áreas urbanizables, -sólo para desarrollar políticas, planes y programas relativos a viviendas sociales o subsidiadas hasta 750 unidades de fomento-, el organismo a fin de realizar el llamado a propuesta tiene un plazo obligatorio de seis meses prorrogables por otro periodo similar.

Como actualmente existen diversas áreas en todo el país idóneas para desarrollar proyectos de viviendas de índole social, sin que existan territorios operacionales, se hace necesario realizar las reformas para que obtengan, en su momento, factibilidad de servicios sanitarios y/o, eventualmente, realizar licitaciones públicas de concesiones.

Expresan que el actual sistema de licitación publica de concesiones, encuentra su fuente en el artículo 33 A del decreto con fuerza de ley N° 382, norma introducida por la ley N° 19.549, que fijó el nuevo marco regulatorio del sector sanitario, modificada por la ley N° 20.038 que resulta insuficiente, pese a lo esfuerzos, en cuanto a sus alcances al establecer la posibilidad de requerir la ampliación sólo dentro de los limites urbanos, pero sujeto a una serie de requisitos que se extienden en el tiempo.

Finalmente, señalan que el propósito de esta iniciativa es colaborar a implementar la política habitacional destinada a solucionar los problemas de vivienda de los sectores más vulnerables del país

DESCRIPCIÓN DE LAS MOCIONES

Ambas mociones constan de un artículo único. Por una parte, se modifica el artículo 42 del decreto con fuerza de ley N° 382, ley General de Servicios Sanitarios, eximiendo del cobro de conexión a la red de agua potable y alcantarillado a las viviendas sociales o subsidiadas, cuyo valor no sea superior a 750 unidades de fomento. (5502-07). Por otra, se agrega un artículo 33 C al señalado texto normativo, posibilitando que respecto de proyectos de viviendas sociales emplazados en terrenos urbanos fuera del territorio operacional de las empresas de servicios sanitarios -donde se demuestre su factibilidad técnica-, el organismo competente podrá modificar por el solo ministerio de la ley el referido territorio operacional, para hacerlo extensivo a los referidos proyectos, presumiéndose de derecho el interés social (5571-14).

****

III.- INTERVENCIONES

Doña **PATRICIA POBLETE,** Ministra de Vivienda y Urbanismo, señaló que los servicios públicos sanitarios comprenden: servicio público de producción de agua potable: cuyo objeto es producir agua potable para un servicio público de distribución; servicio público de distribución de agua potable: cuyo objeto es prestar dicho servicio, a través de las redes públicas exigidas por la urbanización conforme a la ley, a usuarios finales obligados a pagar un precio por dicha prestación; servicio público de recolección de aguas servidas: cuyo objeto es prestar dicho servicio, a través de las redes públicas exigidas por la urbanización conforme a la ley, a usuarios finales obligados a pagar un precio por dicha prestación, y servicio público de disposición de aguas servidas: cuyo objeto es disponer las aguas servidas de un servicio público de recolección.

El área urbanizada comprende el territorio urbano consolidado, normado por el plan regulador respectivo y el área de extensión

urbana, está referida al territorio urbanizable al interior de un límite urbano normado por el plan regulador respectivo. Expresó que la ley General de Urbanismo y Construcciones obliga a urbanizadores a dotar de servicios al interior del proyecto y hacer la conexión a las redes. Estas obras no son reembolsables y las empresas de servicios sanitarios no cobran por conexiones.

El Territorio Operacional Sanitario es el territorio al interior del área urbana, donde la empresa obtiene una concesión que le dá el derecho a la prestación de uno o más servicios, mediante un decreto de concesión que es dictado por el Ministro de Obras Públicas. La empresa está obligada a prestar servicio y la concesión otorga a su titular el derecho de dominio sobre ella y el derecho a la explotación de sus servicios.

A los proyectos ubicados en zonas con redes existentes, las empresas sanitarias suelen pedir aportes reembolsables para financiar aumentos de capacidad. (AFR por capacidad). Los proyectos en zonas de extensión urbana suelen requerir hacer obras y aportes para mejorar capacidad y para extender redes. Estos aportes son reembolsables (AFR por capacidad y por extensión). Fuera de Territorio Operacional, la empresa sanitaria no es responsable.

Los proyectos fuera del Territorio Operacional dentro de límite urbano, suelen exigir aportes no reembolsables condicionados a trámite de ampliación del territorio operacional.

La empresa puede dar servicio en zona rural, fuera de los límites urbano, exigir aportes no reembolsables (aportes de tercero) sin limitaciones de precio (artículo 52 bis decreto con fuerza de ley N° 382).

Precisó que los Aportes Financieros Reembolsables (AFR), son mecanismos de financiamiento con que cuentan las empresas sanitarias para la ejecución de obras d*e extensión y capacidad.* Los AFR por “capacidad” son los requeridos a los urbanizadores para financiar el aumento de capacidades general de redes en el territorio operacional. Los AFR por “extensión” son los requeridos a los urbanizadores para financiar la extensión de redes hasta el proyecto en cuestión.

Explicó que los AFR deberán ser reembolsados por su valor inicial reajustado y con intereses, excepto en el caso de la devolución mediante acciones. La forma y el plazo de las devoluciones se determinará entre la empresa de servicios sanitarios y quien deba hacer el aporte reembolsable, la que en caso de no ser en dinero deberá ser efectuado por medio de documentos mercantiles endosables liquidables en un plazo máximo de 15 años.

Respecto de los Territorios Operacionales (T.O), señaló que son aquellos territorios concesionados, definidos mediante decreto del Ministerio de Obras Públicas. Las empresas formulan un plan de desarrollo, que define inversiones en los referidos territorios y etapas. La ampliación de los T.O suelen basarse en los ingresos esperados por la prestación del servicio; las inversiones marginales o incrementales requeridas para satisfacer la demanda; los costos operacionales; la diferencia entre los costos de prestar el servicio en la nueva área y los ingresos que determina la tarifa fijada por la autoridad para el área de concesión adyacente; el riesgo de incumplimiento de la demanda establecida en él o los proyecto inmobiliario planteados; la tasa de incobrabilidad de las cuentas en el caso de las viviendas sociales y las solicitudes de la Superintendencia de Servicios Sanitarios, a petición del Ministerio de Vivienda y Urbanismo.

Señaló que existen una serie de problemas detectados relacionados con los AFR, ya que el valor inicial de los AFR no es

recuperado por completo por las empresas urbanizadoras, razón que las obliga a traspasar parte al precio de las viviendas; los AFR por “capacidad” están siendo usados con un cobro a todo evento para financiar el plan de desarrollo, y no sólo cuando se requiere ampliar una red. Esto incide en cerca de un 4% en costo de viviendas sociales, y los AFR por “extensión” pueden afectar a viviendas sociales sólo cuando las localizaciones son periféricas y distantes, donde las empresas sanitarias aún no invierten.

Respecto de los Territorios Operacionales no coinciden con las zonas urbanas definidas por la comunidad en sus planes reguladores, estableciendo restricciones al uso real del suelo planificado; el proceso de ampliación de Territorios es lento y requiere extensos estudios para determinar factibilidad técnica, demandas y costos asociados.

En síntesis, opinó que respecto de la moción, signada con el N° 5502-14, que modifica el artículo 42 de la ley General de Servicios Sanitarios, se refiere en toda su argumentación a los costos de extensión de las redes y no a los costos de conexión; el cobro de conexión no existe porque es parte de las obligaciones del urbanizador. Además esta moción no señala que el costo del arranque de agua potable y la unión domiciliaria de alcantarillado deban ser asumidos por las empresas sanitarias.

En esta materia –dijo- que se debería abordar la exención de AFR por capacidad y extensión, en este último tipo fijando criterios que eviten incentivos a proyectos de viviendas muy distantes de las redes y segregados de la ciudad.

Acerca de la moción signada con el N° 5571-14, que agrega un artículo 33 C en la ley General de Servicios Sanitarios, precisó que la introducción de este nuevo artículo no aborda el derecho establecido en el marco regulatorio para que las empresas sanitarias presten servicios bajo criterios de eficiencia económica al no contemplar aquella en su redacción, y la extensión de los territorios operacionales debe siempre ser factible.

Finalmente, sugirió la creación de otro tipo de mecanismo que permita dar factibilidad a proyectos específicos de viviendas sociales fuera del territorio operacional, con una modalidad de AFR recuperable efectivamente, o que sea la Superintendecia de Servicios Sanitarios la que evalúe la factibilidad y proponga al Ministerio de Obras Públicas la ampliación del territorio operacional.

Don **SERGIO BITAR**, Ministro de Obras Públicas, precisó que el Ejecutivo, conforme con los propósitos que inspiraron dichas iniciativas, los alcances y observaciones que formularon los parlamentarios de la Comisión y en conjunto con el Ministerio de la Vivienda y Urbanismo, elaboró una propuesta sustitutiva que consideró los siguientes aspectos centrales:

a) La supresión del mecanismo de los Aportes Financieros Reembolsables (AFR) respecto de proyectos de viviendas sociales hasta 750 unidades de fomento, y
b) La simplificación de los procesos de ampliación y licitación de concesiones sanitarias cuando se trata de los mismos proyectos de viviendas sociales.

En el contexto de favorecer el segmento de las viviendas sociales y para no encarecer sus costos, se propone suprimir el mecanismo de los Aportes Financieros Reembolsables (AFR) previsto en la legislación tarifaria de los servicios de agua potable y de alcantarillado (decreto con fuerza de ley 70/88). Dichos AFR constituyen una alternativa de

financiamiento con que cuentan los prestadores para solventar la expansión de la infraestructura de su cargo (obras de capacidad y de extensión que no se identifican con un proyecto específico y que sirven a otros.).

La consideración de favorecer únicamente a las viviendas sociales surge de las iniciativas parlamentarias y este Ministerio al no contar con otro parámetro conocido se remitió al limite de las 750 unidades de fomento, que ya se encuentra establecido en el artículo 33 A de la ley (decreto con fuerza de ley 382/88), tal como fue incorporado por la ley N° 20.038 el año 2005.

En cuanto a la idea de suprimir los AFR respecto de todo tipo de viviendas, este Ministerio visualiza que puede traer algunos efectos no deseados si las obras de infraestructura que se ejecuten no cuentan con la suficiente demanda; y en ese escenario, serán todos los usuarios los que tengan que financiar vía tarifa esa infraestructura ociosa. En este punto, hay que recordar que el artículo 14 de la ley (decreto con fuerza de ley 70/88) contempla la posibilidad de exigir de los solicitantes o urbanizadores una garantía tratándose de proyectos con consumos superiores a 5.000 metros cúbicos, como forma de asegurarse la demanda durante un tiempo determinado. Este mecanismo podría revisarse con el fin que la garantía sea posible para proyectos menores ante una ausencia del sistema de AFR.

Se consideran en la propuesta dos nuevas disposiciones en el ámbito de la ampliación de los territorios operacionales, que tienen por finalidad favorecer al segmento de los proyectos de viviendas sociales y subsidiadas hasta 750 unidades de fomento y permitir que esas viviendas cuenten con una factibilidad de servicio anticipada para la aprobación de sus proyectos.

La primera disposición (Art. 33 C), considera como opción que los urbanizadores interesados convengan con la empresa sanitaria para que dentro de 30 días de ese convenio soliciten la ampliación de sus territorios operacionales, y que a partir de la misma convención se le dé factibilidad de servicio. La norma contempla que las discrepancias las resuelve la Superintendencia y que es posible que el urbanizador aporte las obras de capacidad como “aportes de terceros “, para no encarecer las tarifas. La misma disposición deja en claro que en este procedimiento no será posible que las empresas sanitarias formulen ningún cobro de conexión o para la ampliación.

La segunda disposición (art. 33 D), está prevista para el caso que no se produzca acuerdo ente el urbanizador y la empresa para la ampliación voluntaria de la concesión. En esta situación, el Ministerio de Vivienda solicita a la Superintendencia que dentro de 30 días resuelva la licitación de las concesiones y en caso de resolverlo positivamente, tal resolución servirá de factibilidad de servicio para todos los efectos legales. Dentro de los 30 días la Superintendencia debe evaluar la viabilidad técnica y financiera de abordar las ampliaciones de concesiones solicitadas, considerando su impacto tarifario, vale decir, el alza que tal medida puede ocasionar.

La propuesta es necesaria para resolver la problemática que hoy en día se presenta, donde existen radios urbanos que carecen de concesión sanitaria y las empresas sanitarias colindantes condicionan solicitar su ampliación al cobro de conexiones o ejecución de obras que bajo el territorio operacional no proceden, todo lo cual encarece los proyectos y dilata la ejecución de los mismos al no contar con la factibilidad de servicio que sólo puede otorgar la empresa sanitaria respecto de los inmuebles ubicados dentro del territorio operacional.

Se pretende abordar estas instancias previas a la solicitud de ampliación, con el fin de generar los incentivos necesarios para su pronta concreción y para que los proyectos de viviendas sociales obtengan con mayor expedición su factibilidad de servicio y con ello la aprobación y ejecución de los proyectos que interesan.

Por otra parte, dijo, se ha planteado la necesidad de contemplar la obligación de que los territorios operacionales (TO) de las empresas sanitarias, sean coincidentes con los limites urbanos (LU) de las respectivas localidades. De acuerdo a esto, en una primera etapa los TO deberían ajustarse a los LU y posteriormente frente a cada cambio de éstos automáticamente se modificarían los TO, y como esto no está considerado en marco regulatorio se solicita que se propongan los cambios necesarios para este objetivo. Se aduce que como la facultad de solicitar una nueva concesión o ampliación del TO actual, es facultativo de las empresas, estas pueden condicionar o limitar el crecimiento de las ciudades. “las empresas no pueden ser un freno para el crecimiento”.

Señaló que la concepción del marco regulatorio, apunta a que en toda nueva área factible de concesionar, se permita la competencia entre los interesados de forma tal de asegurar la transparencia y eficiencia en el proceso de otorgamiento. Si se modifica la ley y se obliga al concesionario regional a ampliar automáticamente sus límites operacionales, de forma de hacerlos coincidentes con los límites urbanos, el principio señalado se rompe, la empresa existente sería “concesionaria permanente” de todos los terrenos urbanos, imposibilitando la entrada de nuevos actores al sector y eliminado la competencia.

Los límites urbanos se fijan para dar cabida a crecimientos esperados de 30 años, estos crecimientos esperados normalmente exceden con mucho la realidad y tenemos numerosos casos en los cuales las áreas y densidades respectivas permitirían más que duplicar las actuales poblaciones. Como la concesionaria tiene la obligación de otorgar factibilidad a quien lo solicite dentro de su TO, así sea “una sola casa” en el límite más alejado, las inversiones en estos casos son altas frente a demandas muy pequeñas. Este escenario, se puede transformar en impracticable por el monto de los aportes de terceros, obras a construir por el interesado, y por la cuantía de los aportes reembolsables que las empresas exigirán. Finalmente estas cuantiosas inversiones se traspasarán a tarifas que deberán pagar todos los usuarios o se tendrán que determinar tarifas distintas para cada caso.

Explicó que cada vez que exista la necesidad de asegurar la provisión del servicio sanitario en determinadas zonas dentro del límite urbano, la Superintendencia deberá efectuar la respectiva licitación pública, no pudiendo excusarse de hacerlo cuando así lo requiera el Ministerio de la Vivienda y Urbanismo respecto de las áreas urbanas, fundado en la necesidad de cumplir sus políticas, planes y programas relativos a viviendas sociales o subsidiadas, hasta 750 unidades de fomento. En caso de no existir proponentes para la referida licitación, o no haber sido adjudicada ésta por no cumplir los proponentes con los requisitos exigidos por la ley, la Superintendencia podrá exigir al prestador que opere el servicio sanitario del área geográfica más cercana a la zona aludida en el inciso precedente, la ampliación de su concesión a esta última zona.

En cuanto al tema de la corrección de la tasa de interés de los AFR, éstos son actualmente devueltos con una tasa de interés anual equivalente al valor que resulte de dividir por dos la suma de la tasa anual efectiva promedio cobrada por los bancos en operaciones reajustables de 1 a 3

años, y la tasa anual efectiva promedio pagada por los bancos en operaciones reajustables de 1 a 3 años, ambas informadas por el Banco Central de Chile en los últimos 12 meses. La tasa aplicable a los documentos de reembolso debe ser consistente con los plazos a los que se emiten los papeles. En efecto, la ley actual contempla tasas referidas a instrumentos de 1 a 3 años, es decir tasas de corto plazo, en circunstancias que autoriza la devolución de estos aportes en un plazo máximo de 15 años, es decir, papeles de largo plazo, existiendo un claro descalce entre tasa y plazo, lo que genera los siguientes problemas: Se fija una tasa de corto plazo para un papel de largo plazo, lo que se traduce en un valor muy inferior al de mercado, de acuerdo a los plazos y montos involucrados. Los papeles son de muy mala calidad, lo que no permite su transabilidad en los mercados secundarios, lo que facilita un abuso de posición dominante por parte de la Empresa Sanitaria. Esto se ve reflejado en que es la misma Empresa Sanitaria la que recompra el papel a un precio notoriamente inferior al aporte efectivo realizado por los urbanizadores.

Afirmó que en esta materia sí es posible proponer la corrección del cálculo de la tasa de interés a través de una modificación de los artículos pertinentes. Una “nueva metodología” de cálculo de la tasa de interés anual de los AFR deberá corregir la diferencia entre la tasa fijada y el plazo de emisión del papel, y el cálculo de la tasa de interés, otorgándole una estructura de tasa con una Tasa Libre de Riesgo más una Prima por Riesgo que deberá considerar dos aspectos: Un premio por “iliquidez” de estos papeles dado que no son securitizables y un castigo por “el valor de opción” que representa para los urbanizadores la obligación de las empresas sanitarias de disponer de la infraestructura y dar servicios a quienes lo soliciten dentro de su territorio operacional.

En cuanto al artículo 52 bis, expresó que constituye una prerrogativa especial conferida por la ley a las concesionarias sanitarias para que puedan atender en el área rural, dando asesorías o explotando los servicios sanitarios, por cuenta de los interesados, pero sin que ello signifique un menoscabo para los clientes de su concesión (territorio operacional urbano, donde existe obligatoriedad de servicio).

El señalado artículo, es una alternativa con que cuenta la comunidad del ámbito rural de obtener una atención especializada y competente en lo sanitario. El ejercicio de esta prestación es una facultad del prestador, que no está asociado al más cercano, vale decir, es susceptible de entregarse por cualquier prestador que cuente con concesión y puede hacerse con los recursos (infraestructura) propia de la comunidad atendida o con aquéllos que aporta el concesionario que otorga los servicios. Al ser voluntario y otorgarse bajo la condición de no afectar el servicio concesionado, lo hace precario y no resulta extraño que las empresas sanitarias dejen estipulado cláusulas de salida en caso de asomar algún compromiso que pueda afectar su concesión o las áreas que atiende bajo este título.

La aplicación del artículo ha constituido una opción ventajosa para muchas localidades que ven solucionados sus sistemas sanitarios, bajo la supervisión y operación de una entidad competente. El aspecto que más se discute, es que siendo facultativo el otorgamiento de estos servicios, ellos se deben pactar libremente entre los interesados y su régimen queda constituido por lo que las partes convengan, no existiendo al efecto reglas que orienten la definición de los derechos y obligaciones de los contratantes ni tampoco contemplan formas en que la autoridad pueda intervenir para resolver sus conflictos o discrepancias.

Puntualizó que de avanzar en una norma de rango legal, se podría explicitar alguna forma de regulación para estos convenios, que no signifiquen un desincentivo para sus contratantes o bien dejar la instancia de la autoridad pública (Superintendencia u otra) para que resuelva sus conflictos o discrepancias, particularmente en lo concerniente a las fijaciones de precio por las prestaciones.

En cuanto al requerimiento dirigido por la Fiscalía Nacional Económica (FNE) en contra de ESSAL (Décima Región), ESSBIO (Sexta y Octava Regiones), Aguas Andinas (Metropolitana) y ANSM (Séptima Región), para que el Tribunal ponga término a las siguientes conductas de esas empresas sanitarias en contra de los desarrolladores inmobiliarios por estimarse abuso de posición dominante.

Este requerimiento es fruto de una investigación que llevó la Fiscalía Económica, a instancia de la Cámara de la Construcción, que analizó la conducta de las empresas sanitarias relevantes en cada región del país, concluyendo que las empresas requeridas habían incurrido en prácticas abusivas.

En términos generales, el petitorio de la Fiscalía al Tribunal es el siguiente:

a) Declarar que las empresas requeridas incurren en conductas contrarias a la libre competencia que configuran explotación abusiva de posición dominante en las zonas próximas a sus áreas de concesión.

b) En mérito de lo anterior, imponer multas a cada una de ellas.

c) Solicitar al Supremo Gobierno el patrocinio de una modificación legal que, como regla general, faculte a la Superintendencia para exigir al concesionario la ampliación de su territorio a áreas urbanas, que en su opinión fundada técnica y económicamente, sea menester incorporar, en los casos en que existan economías de escala que no pueden replicar otras empresas sanitarias y que implican un menor costo para el usuario final y, excepcionalmente, cuando haya evidencia del interés de dos o más postulantes por área, llame a licitación. En otras palabras, dada la evidencia de economías de escala en las áreas colindantes a la empresa establecida, se invertiría la regla de “competencia por la cancha” la que solo ocurriría cuando se evidencie interés de otros postulantes por el territorio objeto de ampliación.

d) Solicitar al Supremo Gobierno el patrocinio de una modificación legal del sistema de AFR, derogando este sistema o, en subsidio, reformándolo a objeto de evitar abusos.

e) Requerir a las sanitarias que presenten un marco general de prestación del servicio en zonas rurales fuera de su territorio operacional, que considere precios y plazo para entrega del servicio que sea razonable y fundado y que cuente con autorización del Tribunal de defensa de la Libre Competencia.

Expresó, finalmente, que el juicio se encuentra en etapa probatoria, acumula más de cuarenta tomos en documentos e informes presentados por los litigantes y no se observa que se obtenga sentencia definitiva a firme antes de un año.

Doña **MAGALY ESPINOZA**, Superintendente de Servicios Sanitarios, expresó que las materias referidas a los territorios operacionales de las empresas sanitarias, los AFR, y concesiones sanitarias, se

regulan por diversos textos legales: ley General de Servicios Sanitarios; “Ley de Tarifas”; Reglamento de Concesiones, y “Reglamento de Tarifas”.

Indicó que para establecer, construir y explotar servicios sanitarios en zonas urbanas o urbanizables sólo es posible en la medida de que se cuente con la respectiva concesión sanitaria, a que se refiere el decreto con fuerza de ley N° 382/88 del Ministerio de obras Públicas y su reglamentación. A diciembre de 2006, existen 55 concesionarios de servicios públicos sanitarios, con 367 servicios con un número total de clientes de 4.033.673.

Añadió que la concesión sanitaria es un título concedido por la autoridad, que faculta a un prestador para explotar los servicios con exclusividad dentro de un área geográfica determinada, obligándolo, al mismo tiempo, a atender a todo usuario que solicite el servicio dentro de este territorio. La concesión sanitaria asegura la prestación de servicios sanitarios en el área urbana o urbanizable.

Las características principales de este régimen de concesiones es que no distingue entre viviendas sociales u otras para la prestación; cualquiera persona natural o jurídica puede solicitar una concesión sanitaria; la Superintendencia fiscaliza, regula, sanciona y tarifica los servicios públicos sanitarios, a que se refiere el decreto con fuerza de ley N° 382; y es el órgano conductor en el proceso de otorgamiento de la concesión sanitaria, que implica el reconocimiento de nuevas áreas. En este sentido, la ley no le asigna un rol activo a la Superintendencia en cuanto al desarrollo y planificación urbana, salvo el caso de licitación que se indica mas adelante.

El artículo 53 letra l) del decreto con fuerza de ley N° 382, define al territorio operacional como el área geográfica delimitada en extensión territorial y cota, donde existe obligatoriedad de servicio para las concesionarias de distribución de agua potable y de recolección de aguas servidas. Por lo que las únicas concesiones sanitarias asociadas a un territorio específico son las señaladas precedentemente. El territorio operacional queda definido en el respectivo decreto supremo del Ministerio de Obras Públicas, de otorgamiento de la concesión y asimismo sus ampliaciones.

Agregó que en la práctica los territorios operacionales no abarcan necesariamente a todas las zonas reconocidas como urbanas o urbanizables de los instrumentos de planificación o de autorización respectivos.

El proceso de otorgamiento de concesiones consulta los informes que deben evacuar tanto el Ministerio de Vivienda como la Municipalidad respectiva, con el fin de resguardar los límites de un área de concesión requerida y las áreas de expansión urbanas definidas en el correspondiente instrumento de planificación territorial.

A este mismo respecto, la Superintendencia de Servicios Sanitarios y el Ministerio de Vivienda han acordado en una mesa de trabajo *ad hoc*, avanzar en la búsqueda de soluciones que permitan que áreas urbanas no atendidas por empresas sanitarias puedan contar en el futuro con el suministro correspondiente.

Aclaró que el prestador dentro de los límites de dicho territorio está obligado a dar servicio a quien lo solicite y, consecuente, otorgar las factibilidades respectivas. A este respecto, existe un caso especial, el de las factibilidades provisorias, aun cuando dicho territorio está en vías de incorporarse a una concesión, para cuyos efectos es necesario lo siguiente: 1° Haberse realizado el acto público (hito importante del proceso). 2° Único

postulante a la concesión. 3° Informe favorable de la Superintendencia de Servicios Sanitarios. 4° Factibilidad condicionada a la adjudicación definitiva de la concesión.

El territorio se enmarca en un área urbana o urbanizable, distinguiéndose las siguientes situaciones: a) Áreas con límites urbanos aprobados (comunales o intercomunales). b) Áreas que cuentan con la autorización del artículo 55 de la ley de Urbanismo y Construcción, para la construcción de conjuntos habitacionales de viviendas sociales o de viviendas de hasta un valor de 1.000 unidades de fomento, que cuenten con los requisitos para obtener el subsidio del Estado.

El territorio operacional es esencialmente modificable si se cumplen los requisitos establecidos por la normativa. Para lo anterior, debe darse inicio a un procedimiento administrativo de concesiones, los cuales se encuentran regulados en la normativa sanitaria, correspondiendo a la Superintendencia de Servicios Sanitarios ser el órgano conductor del otorgamiento de las concesiones.

Agregó que las formas de inicio de un procedimiento constitutivo de concesiones (ampliación territorio operacional en áreas urbanas que no cuentan con concesiones sanitarias) pueden ser mediante: a.- solicitud de nueva concesión; b.- -solicitud de ampliación de concesión, y c.- licitación pública de concesiones.

a.- En el caso de una nueva concesión, no existe interés del concesionario más cercano en orden a ampliar su territorio operacional, o bien, se trata de un nuevo interesado que pretende atender un área geográfica donde se desarrollará un proyecto de urbanización o industrial.

Todo lo anterior, obedece a una decisión voluntaria por parte del interesado, sin perjuicio de lo cual frente a una solicitud nueva, la Superintendencia de Servicios Sanitarios puede determinar que ésta deba comprender otras áreas adyacentes y periféricas urbanizables, basado en un análisis técnico económico que hacen conveniente el establecimiento de un sistema unitario, sin embargo aun en este caso el peticionario tiene derecho a desistirse de su postulación.

Del mismo modo, si el interesado que pretenda una solicitud de concesión requiriera una interconexión, con instalaciones de otro concesionario, ello no es posible sólo por cuanto la ley considera la interconexión obligatoria respecto a concesiones en explotación (la Superintendencia de Servicios Sanitarios debe considerar que la interconexión es imprescindible para la calidad y continuidad del servicio). Lo dicho en los dos párrafos precedentes resulta también aplicable para el caso de una ampliación de concesión.

b.- En el caso de ampliación de concesiones, un concesionario existente busca ampliar su radio operacional en áreas periféricas y adyacentes urbanizables a su territorio autorizado y también obedece a una decisión voluntaria por parte del concesionario existente y la autoridad no tiene facultad para obligar a ampliar territorios.

c.- Licitación publica de concesiones: articulo 33 A DFL MOP N° 382.

Hay una norma introducida por la ley Nº 19.549 (1998), que fijó el nuevo marco regulatorio del Sector Sanitario, modificada por ley N° 20038, que prescribe que sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 22º

(facultad de la concesionaria en solicitar ampliaciones de su concesión a la autoridad), cada vez que exista la necesidad de asegurar la provisión del servicio sanitario en determinadas zonas dentro del límite urbano, la Superintendencia deberá efectuar la respectiva licitación Pública, no pudiendo excusarse de hacerlo cuando así lo requiera el Ministerio de la Vivienda y Urbanismo respecto de las áreas urbanas, fundado en la necesidad de cumplir sus políticas, planes y programas relativos a viviendas sociales o subsidiadas, hasta 750 unidades de fomento

El reglamento, por su parte, agrega en su artículo 48° que “la Superintendencia de Servicios Sanitarios llamará a licitación publica para el otorgamiento de nuevas concesiones, en los casos previstos en la ley y cuando por causas de interés social, calificadas por la misma Superintendencia, sea imprescindible en una zona urbana asegurar la provisión de servicios sanitarios”.

La Superintendencia solicitará informe del Ministerio de Vivienda y Urbanismo y de la Municipalidad respectiva, con el fin de que se pronuncie en relación con la necesidad de asegurar la provisión del servicio sanitario.

Para que proceda la licitación pública se precisa que no exista un concesionario cercano, interesado en dar servicio, que exista la necesidad de proveer el servicio por causas de interés social y que el área geográfica sea urbana o urbanizable. En ese caso, el procedimiento se encuentra regulado, en particular, por el decreto supremo del N° 11/99, del ministerio de Obras Públicas. (Reglamento de Concesiones).

Señaló que para la ampliación forzada, o sea, de no existir proponentes para la licitación o no haber cumplido éstos con los requisitos exigidos por la ley, la Superintendencia de Servicios Sanitarios podrá exigir al prestador que opere el servicio sanitario del área geográfica más cercana a la zona en licitación, la ampliación de su concesión a esta última zona. En esta situación se deben dar los siguientes requisitos: Se trata del prestador más cercano al área que se licita y la factibilidad técnica y factibilidad de enfrentar administrativa y financieramente por el prestador las nuevas áreas.

Respecto de la situación especial de la ley N° 20.038, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo puede solicitar a la Superintendencia de Servicios Sanitarios licitar territorios que no cuentan con concesiones sanitarias, en áreas urbanizables.

En este caso, el plazo obligatorio para la Superintendencia, con el fin de realizar el llamado a propuesta es de 6 meses prorrogables por otro periodo igual o menor. Objeto: Sólo para desarrollar políticas, planes y programas relativos a viviendas sociales o subsidiadas hasta 750 unidades de fomento y la Superintendencia puede establecer, en las bases respectivas, que determinadas obras serán consideradas aportes de terceros o no reembolsables.

Relató que durante 2007 se ha implementado una mesa de trabajo con el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, para lograr que sectores o loteos que están fuera de los territorios de las Empresas de Servicios Sanitarios puedan contar con servicios sanitarios. Los objetivos trazados fueron los siguientes: i.- Identificar aquellas áreas en todo el país por parte del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, en las cuales se contempla desarrollar proyectos de viviendas de índole social, con el fin de definir las acciones que será necesario realizar para que obtengan, en su momento, factibilidad de servicios sanitarios y o eventualmente, realizar licitaciones públicas de concesiones. Esta tarea está en

desarrollo por parte de dicha Cartera. ii.- Abreviación de procesos constitutivos de concesiones. Este trabajo está concluido y en práctica actualmente. Los plazos se reducen de 395 a 200 días. (50 %).

.- A la fecha, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo ha ejercido la facultad de esta ley en dos procesos en la séptima región. (Talca y Villa Alegre).

Respecto del procedimiento de ampliaciones Forzadas, dijo, fracasada la licitación, por no existir proponentes o no haber cumplido éstos con los requisitos exigidos por la ley, la Superintendencia comunica al prestador más cercano la obligación de ampliar su territorio operacional y debe dar plazo no inferior a 60 días para presentar cronograma de obras.

La Superintendencia propone al Ministerio de Obras Públicas la dictación de decreto de adjudicación forzada. Una vez comunicada la ampliación forzada, la Superintendencia y la empresa disponen de 90 días para efectuar estudios tarifarios, lo cuales deben atenerse al procedimiento del decreto con fuerza de ley N° 70; discrepancias, acuerdo o expertos.

En relación con la ampliación forzada, la sugerencia de modificación legal es acelerar el procedimiento:

En efecto, agregó, se visualizan alternativas para acortar plazo de 60 días en el cual se inicia procedimiento de ampliación forzada, sin embargo hay aspectos que se deben considerar: 1.- Se tiene que, previo a ordenar la ampliación forzada, dar la posibilidad de que alguna empresa pueda postular al sector, a fin de permitir la competencia. Puede ser aviso, no necesariamente bases. 2.- Sólo si no existe interesado y la concesión es técnicamente factible, se podrá ordenar la ampliación forzada a la concesionaria más cercana. 3.- Si existe más de una concesionaria se deben definir criterios para seleccionar a cual se obliga. 4.- Se estima que los 60 días sólo se podrían reducir a 30 o 45 días como mínimo.

En todo caso, las alternativas por analizar: en algunos casos, ampliaciones menores y adyacentes, se podría eliminar el requisito de entregar cronograma de obras y se puede proponer a la concesionaria adoptar para la ampliación el nivel tarifario actual. Si lo acepta se concluye el proceso y en estos casos se acortan los plazos significativamente. (4 a 5 meses en total).

Ahora bien, si es imprescindible elaborar cronograma de obras o la concesionaria no acepta mantener tarifas vigentes y se debe efectuar proceso tarifario de acuerdo a la ley, los plazos se alargan. (12 meses).

La ley ordena efectuar licitaciones caso a caso, si simultáneamente se presenta un alto número de solicitudes de licitaciones (a lo largo de todo el país) estas no podrían abordarse en paralelo.

Sobre la situación del artículo 52 bis del decreto con fuerza de ley N° N° 382, que indica que “Los prestadores podrán establecer, construir, mantener y explotar sistemas de agua potable, alcantarillado y tratamiento de aguas servidas en el ámbito rural , bajo la condición de no afectar o comprometer la calidad y continuidad del servicio público sanitario”, la Superintendencia carece de facultades regulatorias y de fiscalización respecto de estos servicios que prestan las concesionarias fuera de su territorio operacional autorizado, en el sector rural. A este respecto, la Superintendencia ha hecho

esfuerzos para que los costos de estos servicios no regulados no se confundan con los servicios sanitarios regulados.

Las condiciones de prestación de los servicios, tales como, atención de clientes, régimen de cobros y tarifas, etcétera serán aquellos que las partes (empresa sanitaria e interesado) acuerden en el respectivo convenio que deberán suscribir, respecto de cuyo contenido y cláusulas la Superintendencia tampoco posee atribuciones.

El control de la calidad del servicio recae en los servicios de salud respectivos en su calidad de autoridad sanitaria.

Recalcó que con esta prestación, la prestadora no debe afectar la calidad de servicio del área concesionada al amparo del artículo 52 bis.

Respecto de los Aportes Financieros Reembolsables, dijo que la proposición consiste en eliminarlos para viviendas sociales o subsidiadas de hasta 750 unidades de fomento y no en traspasar a las concesionarias el costo de los arranques y uniones domiciliarias. Existen dos tipos de AFR: por capacidad y por extensión. Estimó que actualmente es factible que las empresas financien las obras de su cargo, para este tipo de viviendas, sin necesidad de tener que recurrir a los AFR.

Expresó que en nuestro sistema jurídico e institucional sanitario, para establecer, construir y explotar los servicios de agua potable y de recolección de aguas servidas en zonas urbanas o urbanizables sólo es posible en la medida que se cuente con la respectiva concesión sanitaria.

Para acceder a las concesiones sanitarias, que se otorgan por un decreto del Ministerio de Obras Públicas, se requiere que las áreas de que se trate sean urbanas, que carezcan de concesión y que el interesado acredite ser una sociedad anónima con objeto único destinado a dar esos servicios. A falta de esa voluntariedad por solicitar concesiones, para aquellas situaciones que se haga imprescindible contar con un concesionario, la ley contempla la posibilidad de las licitaciones. En efecto, puntualizó, cada vez que exista la necesidad de asegurar la provisión del servicio sanitario en determinadas zonas dentro del límite urbano, la Superintendencia de Servicios Sanitarios deberá efectuar la respectiva licitación pública, no pudiendo excusarse de hacerlo cuando así lo requiera el Ministerio de la Vivienda y Urbanismo respecto de las áreas urbanas, fundado en la necesidad de cumplir sus políticas, planes y programas de viviendas sociales o subsidiadas, hasta 750 unidades de fomento (artículos 33 y 33 A de la ley sectorial sanitaria).

El reglamento (decreto supremo N° 1199/04 del Ministerio de Obras Públicas), por su parte, agrega en su art. 48 que "la Superintendencia llamará a licitación publica para el otorgamiento de nuevas concesiones, en los casos previstos en la ley y cuando *por causas de interés social,* calificadas por la misma Superintendencia, sea imprescindible en una zona urbana asegurar la provisión de servicios sanitarios". En estos casos, la Superintendencia solicitará informe del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo y de la Municipalidad respectiva, que confirme la condición urbana o urbanizable del área a licitar.

Otro mecanismo que contempla la ley es la ampliación forzada de las concesiones, que opera cuando no existan proponentes para la licitación o éstos no han cumplido con los requisitos exigidos por la ley. En tales casos, la Superintendencia de Servicios

Sanitarios podrá exigir al prestador que opere el servicio sanitario del área geográfica más cercana a la zona en licitación, la ampliación de su concesión a esta última zona, siempre que exista la factibilidad técnica, administrativa y financiera de ser enfrentado por dicho prestador.

En virtud de la ley N° 20.038 el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, puede solicitar a la Superintendencia licitar territorios que no cuentan con concesiones sanitarias, en áreas urbanizables, sólo para desarrollar políticas, planes y programas relativos a viviendas sociales o subsidiadas hasta 750 unidades de fomento-. La Superintendencia tiene un plazo obligatorio de seis meses prorrogables por otro periodo similar, para llamar a la licitación.

Actualmente, prosiguió, existen diversas áreas urbanas en el país, que son idóneas para desarrollar proyectos de viviendas de índole social, sin embargo no forman parte de territorios operacionales de alguna empresa sanitaria, lo que dificulta la ejecución de los proyectos y su financiamiento público, ya que para obtener las respectivas aprobaciones se precisa contar con la factibilidad de agua potable y de alcantarillado, la que sólo puede otorgar una concesionaria sanitaria respecto de solicitudes de servicio que se le formulen dentro de su territorio concesionado.

Por lo anterior, argumentó que se requiere disponer de alguna disposición legal que dirigida a las viviendas sociales, considere agilizar los procedimientos para que se cuente oportunamente con la factibilidad de los servicios en áreas urbanas que carecen de concesión y con ello se adelante la aprobación de los proyectos y el financiamiento de la construcción de este tipo de viviendas, todo ello, de manera paralela al procedimiento para acceder a la concesión o la licitación pública de ellas.

En suma, consideró de toda necesidad para permitir la implementación más oportuna y eficiente de la política habitacional destinada a solucionar los problemas de vivienda de los sectores más vulnerables del país, que por la vía legal se simplifique el procedimiento para la ampliación de territorios operacionales, que actualmente se radica en la Superintendencia de Servicios Sanitarios, y en casos calificados a petición del MINVU, atendida la rigidez de los requisitos y amplitud de los plazos, que en muchos casos ha desincentivado o frustrado proyectos de viviendas sociales, o bien, los ha sometido a tener que “negociar” con la empresa sanitaria más cercana para obtener una pronta ampliación de las concesiones, no siempre en condiciones más favorables.

La indicación sustitutiva que se presenta contempla que, dentro de un proceso de ampliación voluntaria de las concesiones o licitación de ellas, se permita que su postulante o la autoridad anticipen las factibilidades de servicio, como una forma de adelantar la aprobación y ejecución de los proyectos, a sabiendas que cumplido el proceso en curso habrá un operador con concesión en el área.

En el mismo contexto de favorecer al segmento de las viviendas sociales hasta 750 unidades de fomento, consideró necesario que la ley no les haga aplicable la exigencia de aportes reembolsables a que tienen derecho las concesionarias, para solventar la expansión de su infraestructura. Por lo tanto, dichos prestadores deberán recurrir a otras formas de financiamiento para ejecutar las obras que son de su cargo y que son necesarias para cumplir con los estándares de servicio que les impone la concesión.

Los AFR son alternativa de financiamiento con que cuentan los prestadores de servicios sanitarios para solventar la expansión de su infraestructura existente, están referidos a obras que son de su cargo; las de capacidad; como estanques, plantas elevadoras, plantas de tratamiento de aguas servidas y potable y las obras de extensión, que son las redes matrices y colectoras de gran diámetro, que tienen capacidad para servir a más de un proyecto o inmueble. Las obras de capacidad siempre son de cargo del prestador sanitario.

Las obras de extensión (redes) son reembolsables cuando sirven a otros, cuando sólo sirven al proyecto son no reembolsables y se consideran aportes de terceros. Las obras del urbanizador (las necesarias para urbanizar el terreno) son aportes de terceros no reembolsables.

El Fundamento de los AFR es la obligatoriedad de servicio que tienen las empresas sanitarias dentro del territorio operacional de su concesión. Recordó que el prestador está obligado a atender toda solicitud de servicio que se le formule dentro de su territorio operacional.

Al suprimirse los AFR y mantenerse la obligación de dar servicio, el prestador deberá recurrir a otros medios de financiamiento para ejecutar las obras de infraestructura necesarias para cumplir con esa obligatoriedad.

El primer efecto que se debe reconocer, es que el recurrir a otros mecanismos de financiamiento podrá ser factible para las grandes empresas del sector, sin embargo, hay que tener presente la existencia de un importante grupo de empresas menores con menos de 20.000 clientes, que sin duda tendrán dificultades para acceder al mercado formal y endeudarse, lo que puede traer no solo una merma en la calidad de sus servicios, dado que con menos obras tendrán que atender a más, sino que no tendrán muchas posibilidades de financiar todas las obras y será, a la vez, un desincentivo para ellos intervenir en el sector con lo que se restringe la competencia y se amplía el poder monopólico de las grandes empresas.

Existe un grado de consenso en eliminar los AFR en segmento de viviendas sociales. Es ampliamente acogido tratándose de los aportes por capacidad, sin embargo, hay consideraciones muy válidas para mantener vigentes los AFR por extensión, con una necesaria corrección de la tasa de interés.

La eliminación de los AFR por extensión trae consigo distorsiones que han sido advertidas en el debate, por todos los sectores y que valen la pena tener presente. Consideró que se trasladarán los costos del proyecto inmobiliario al sanitario, no habrá ningún incentivo por buscar terrenos en sectores con mayor accesibilidad a los sistemas de agua potable y alcantarillado, dado que estos costos serán de la empresa sanitaria, los urbanizadores buscarán lo más barato, por ende los más alejados y de difícil cobertura sanitaria, lo que significará que la empresa sanitaria por su obligatoriedad de servicio deberá llegar a ellos a mayor financiamiento, lo que redundará en tarifas y subsidios cruzados. Los usuarios existentes del sistema financiarán a los nuevos que serán más caros.

Además existe un riesgo no cubierto por tarifas, el riesgo del negocio inmobiliario (que las casas no se vendan en el período de tiempo proyectado), las inversiones sanitarias son indivisibles, el riesgo debe ser asumido por quien lo genera, para esto sirven los AFR.

Las pequeñas empresas no tienen otra alternativa de financiamiento para cumplir su obligación de servicio, ellos necesitan el sistema de los AFR, particularmente el de extensión.

Por todo lo dicho, puntualizó, las ideas que subsisten y dan fortaleza al proyecto, es mantenerlo en el marco de las viviendas sociales (definiendo claramente su tipo), suprimir para ellas los AFR por capacidad y mantener los AFR por extensión, dado que de otra forma se distorsiona el precio de los terrenos y las decisiones de inversión. No se debe perder de vista que los AFR por extensión promueven a que los urbanizadores internalicen los costos de su ubicación (propósito de la política urbana Ministerio de Vivienda y Urbanismo). En la supresión de los AFR hay que considerar una excepción para las empresas pequeñas.

En todo caso, la persistencia del sistema de AFR, para todo el resto de las viviendas y los AFR de extensión, requiere de la necesaria e impostergable corrección de su tasa de interés, para ello debe considerarse una norma legal que defina de mejor forma su cálculo.

Expresó que a la luz de lo expuesto, podrían considerarse dos indicaciones válidas:

1) “ Tratándose de proyectos (….) el prestador obligado a prestar servicio no podrá exigir los aportes financieros reembolsables por capacidad establecidos en el titulo II…”
2) Agregar un segundo inciso que disponga; “ Esta disposición no regirá para prestadores que tengan menos de 20.000 clientes “.

En relación con el artículo 33 C propuesto en el artículo segundo se requiere hacer una indicación en el inciso segundo, reemplazándolo por el siguiente:

“La suscripción del convenio no puede significar el cobro de costos vinculados a la futura prestación de los servicios, ni que el urbanizador deba ejecutar o aportar obras distintas de la que le corresponden por ley, salvo la situación de excepción del inciso siguiente. El propósito del convenio es permitir que se otorgue una factibilidad de servicio anticipada, que se exigen en las normas correspondientes, únicamente para el desarrollo de los proyectos a que se refiere este artículo.”.

Esta indicación salva aspectos que fueron levantados en el debate, en orden a evitar que por la vía de los convenios, en el caso a caso, persistan los abusos de posición dominante de las empresas sanitarias, restringiendo al máximo la autonomía de la voluntad. Asimismo, se hace la necesaria precisión que la opción de este convenio para obtener la factibilidad anticipada está referido únicamente a los proyectos sociales que se contemplan en ese artículo.

Expresó que en cuanto a la concordancia entre las áreas urbanas y territorio operacional, era un aspecto de mayor análisis que puede dificultar la marcha de este proyecto. El Ministro de Obras Públicas ha pedido a los Ministro de Vivienda y Economía en conjunto con la Superintendencia abordar este tema y se ha conformado una mesa de trabajo que deberá evaluar todos los aspectos del marco regulatorio para considerar una modificación legal que no cause distorsiones al actual sistema; reconoció que existen aspectos que hay que mejorar y atender. En la actualidad se está trabajando por agilizar al máximo los procesos de ampliación de concesiones y se está atento a cualquier sector urbano sin atención, pero que justificadamente lo requiera, para hacer uso de los mecanismos de licitación que contempla la ley.

Los AFR como se explicó, dijo, se crearon con el objetivo de entregar una alternativa de financiamiento a las empresas sanitarias con el fin de aumentar las coberturas de los Servicios Sanitarios. Las empresas eran estatales y tenían fuertes restricciones para endeudarse.

En la actualidad el 96% de las concesionarias sanitarias son privadas o concesionadas. Tienen acceso expedito al mercado de financiamiento de largo plazo y a bajas tasas de interés. Entre los años 2003-2006 el 75% de los montos involucrados en AFR pertenecen al grupo Aguas y el 21% al grupo OTTP.

Advirtió que las principales distorsiones que se dan en este ámbito son: Arbitraje de la tasa de interés: la tasa que se paga en la emisión de los instrumentos de reembolso consideradas en la Ley Sanitaria no son consistentes con los plazos a los que se emiten los papeles (15 años v/s 1 a 3 años).Mala calidad del papel: La ley actual no contempla requisitos mínimos formales que deben cumplir los pagarés para la devolución de estos aportes, principalmente problema de liquidez.

Se propone entonces, dijo, eliminar el arbitraje y mejorar la calidad del instrumento: Convertirlo a Bono de modo que tenga Clasificación de Riesgo según instrumento a más de 1 año de acuerdo a normativa de Mercado de Valores. Tasa de Referencia: Instrumento con una TIR de un instrumento reajustable en MN emitido indistintamente por el Banco Central o la Tesorería dentro de los 3 meses anteriores. Debe ser una tasa consistente con el plazo. Premio por riesgo: será definida igual al premio por riesgo calculado en el estudio tarifario de a empresa. Tasa consistente con Plazo de Emisión y estructura de pago.

La modificación legal sería: Introdúcense las siguientes modificaciones al decreto con fuerza de ley N° 70, de 1988, ley de tarifas de los servicios sanitarios:

1) Modifícase el artículo 17 de la siguiente manera:

a) Reemplácense en el inciso segundo las dos oraciones que van desde la expresión “Los intereses” hasta “los últimos 12 meses.” Por las dos oraciones siguientes: “A los aportes reembolsables se les aplicará un interés igual a una tasa de referencia, más una prima por riesgo. La tasa de interés de referencia será igual a la tasa interna de retorno de un instrumento reajustable en moneda nacional emitido, indistintamente, por el Banco Central de Chile o por la Tesorería General de la República y será calculada de acuerdo con el valor de transacción promedio en el mercado del instrumento escogido, dentro de los tres meses previos al otorgamiento del aporte”.

b) Introdúcese el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual inciso tercero a ser el inciso cuarto:

“La metodología para escoger el instrumento utilizado para determinar la tasa de interés de referencia se definirá en el reglamento y guardará la debida consistencia con el plazo que se establezca para la devolución del aporte. La prima por riesgo será igual al premio por riesgo calculado en el estudio que determina las fórmulas tarifarias vigentes a la fecha de otorgamiento del aporte.”

2) Modifíquese el artículo 18, de la siguiente manera:

a) Intercálese el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando los actuales incisos tercero, cuarto y quinto a ser cuarto, quinto y sexto, respectivamente:

"Los requisitos de plazo, vencimiento, rescate y amortizaciones, entre otros, que deben cumplir los pagarés, bonos u otros documentos mercantiles elegidos para la devolución se detallarán en el reglamento."

Para reemplazar en el inciso cuarto, que ha pasado a ser quinto, la palabra "quince" por la palabra "veinte".

[3]Los AFR (aportes financieros reembolsables) constituyen un instrumento de financiamiento para las obras que la empresa debe construir para cumplir con la obligatoriedad de servicio. Desde el punto de vista tarifario lo relevante es la propiedad de estas obras, ya que los AFR financian obras propias de la empresa, en cambio cuando existe un AT (aportes de terceros), la obra aportada no se considera parte del activo del prestador para efectos tarifarios. La fuente de financiamiento para las obras consideradas como propias es irrelevante desde el punto de vista tarifario.

Existen 2 tipos de AFR:

Capacidad: Tiene por finalidad solventar la expansión de la infraestructura existente para prestar el servicio. No está asociado a obras específicas.

Extensión: Tiene por finalidad solventar la extensión de las redes desde las instalaciones existentes hasta el punto de conexión del interesado. Estas redes no deberán ser identificables exclusivamente con el proyecto del peticionario, y deberán tener posibilidad de servir a otros. Si no se dan estas condiciones la extensión se considerará un AT.

Desde el punto de vista tarifario todas aquellas obras señaladas en el punto a) son consideradas como activos propios, por lo tanto no hay impacto tarifario al eliminar la fuente de financiamiento de los AFR.

Para el caso b) si el proyecto cumple con las condiciones descritas en el mismo punto, no habría impacto tarifario ya que se considera como activo propio de la empresa. En caso que las redes se identifiquen exclusivamente con el proyecto del peticionario, estas pasarían a ser consideradas como AT y por lo tanto las tarifas bajarían en atención a que no consideran la rentabilidad asociada a estas obras.

En resumen, la eliminación de los AFR no tiene efecto tarifario, el efecto que se provoca es un menor costo para construcción de las viviendas sociales, ya que con lo dispuesto en el artículo 1 se evita que parte del subsidio a la vivienda se destine como aporte financiero a las empresas sanitarias para que estas financien la ejecución de obras de su responsabilidad y sea devuelto en un plazo de 15 años.

Es un beneficio directo a favor de los proyectos de construcción a viviendas sociales o subsidiadas hasta 750 UF y no se hace extensivo para todo tipo de viviendas. ya que este Organismo visualiza que puede traer algunos efectos no deseados si las obras de infraestructura que se ejecuten no cuenten con la suficiente demanda y, en ese escenario, serán todos los usuarios los que tengan que financiar vía tarifa esa infraestructura ociosa. En este punto, hay que recordar que el artículo 14 de la ley (DFL MOP 70/88) contempla la posibilidad de exigir de los solicitantes o urbanizadores una garantía

[3] Trabajo elaborado por la Superintendencia de Servicios Sanitarios y presentado a la Comisión en sesión N°66 de fecha 16 de abril de 2008

tratándose de proyectos con consumos superiores a 5.000 metros cúbicos, como forma de asegurarse la demanda durante un tiempo determinado. Este mecanismo podría revisarse a fin de que la garantía sea posible para proyectos menores ante una ausencia del sistema de AFR.

Sin perjuicio de lo anterior, esta eliminación para las viviendas sociales deja abierta la posibilidad que la empresa califique que ciertas obras sean financiadas por el urbanizador, por ello se debe controlar el debido cumplimiento de la normativa sobre los AT y, particularmente, los reclamos que dirijan los urbanizadores en esta materia. Sobre este punto, cabe hacer presente que el artículo 47 del Reglamento de Tarifas considera la facultad de la SISS para resolver estas discrepancias.

Obras de capacidad calificadas como AT son subsidio del estado (artículo 2°).

Las obras de capacidad son de cargo de la empresa, ya que no son identificables a un proyecto en particular, por lo tanto siempre debe ser considerada como infraestructura propia de la empresa y consecuentemente no pueden ser AT. De acuerdo a lo señalado en el Art. 9 del DFL 70 (ley de tarifas), las tarifas no deben considerar las inversiones de aquellas obras aportadas por tercero, por lo cual si algún sector a licitar necesita de grandes inversiones que pueden dar origen a tarifas mayores que las de la localidad, el mecanismo de que algunas obras, de cargo de la concesionaria, sean aportadas y consideradas como aportes de terceros, puede permitir que las tarifas para este nuevo sector sean las mismas que las vigentes para la localidad.

Por lo tanto, cuando el proyecto de ley permite que las obras de capacidad que son siempre de cargo del prestador las ejecute el interesado, está consintiendo una excepción que sí tendrá una repercusión tarifaria, que favorecerá a todos los usuarios a quienes rige la tarifa donde ese aporte se cuenta. En efecto, ese aporte que altera la regla del sector, se tendrá como un aporte de terceros y la empresa no podrá rentar por ella en su tarifa al no considerarse una inversión de su cargo, para esto la SISS deberá disponer de la información detallada de las obras aportadas.

Tarifas nuevas áreas sean mas elevadas que las de áreas existentes

Sucede frecuentemente que las nuevas urbanizaciones se ubican en terrenos de bajo valor, que frecuentemente corresponden a los más lejanos, con problemas de cota, etc. Esto trae como consecuencia que los costos para otorgar el servicio sean más elevados, lo que implica tarifas mayores. Si los proyectos de localización de estas viviendas se evaluaran socialmente (que incluyan todos los costos involucrados tanto para los beneficiaros como para el estado), se incorporarían de este modo todos los costos que implica esta localización como transporte, servicios prestados, distancia hacia los centros urbanos, etc. De este modo, el resultado de esta evaluación sería aquella solución de mínimo costo para el estado, considerando todos los costos involucrados, no sólo el valor del terreno. Probablemente la solución más eficiente sería localizar estos nuevos proyectos en terrenos de mayor valor, los cuales incorporarían los beneficios de establecer las viviendas en terrenos de mejor calidad, lo que tendría como consecuencia menores tarifas, similares a los territorios ya consolidados.

Los actuales concesionarios pueden solicitar concesiones voluntarias o ampliaciones de otras ya existentes, que son colindantes con los territorios operacionales donde distribuyen el AP (agua potable) y recolectan las AS (aguas servidas), ambas acciones se tramitan

siguiendo el mismo procedimiento, que consulta la opción que surjan otros interesados y compitan por ellas y un acto público donde los postulantes acompañan sus antecedentes que le sirven de sustento, presentan el plan de desarrollo y las tarifas que postulan para el área que solicitan en concesión. No hay exigencia en orden a que tratándose de ampliaciones se mantengan las mismas tarifas del área colindante bajo concesión, pero la normativa permite su postulación lo que simplifica el trámite. Si hay estudio tarifario, las nuevas tarifas que resulten para el sector que se trate subsistirán hasta que corresponda el estudio tarifario del prestador por todas las áreas de su concesión (ciclo de 5 años). Normalmente las empresas cuando solicitan una ampliación de su TO, mantienen las tarifas vigentes de la localidad colindante.

La única disposición legal que contempla una preocupación por el impacto tarifario de una ampliación con tarifa diferenciada está contemplado en el art. 33 B del DFL 382/88, cuando impone a la SISS (Superintendencia de Servicios Sanitarios) la licitación de las concesiones por ser imprescindibles para atender los servicios. En efecto, el legislador prescribe que tales licitaciones deben hacerse coincidir con los períodos tarifarios de 5 años donde corresponde el cálculo regular. Por excepción y de manera fundada, la misma norma permite llamar a licitación las concesiones en el período intermedio del cálculo regular de tarifas, en cuyo caso esas tarifas tendrán una duración por el período que falte hasta completar los cinco años y deben permitir al prestador generar los ingresos necesarios para cubrir los costos incrementales de explotación eficiente y de inversión de su proyecto de expansión optimizado para la nueva área de servicio, sin perjuicio de los eventuales aportes de terceros.

El proyecto de ley no se hace cargo de manera especial de la temática tarifaria en las ampliaciones, por lo que se deben aplicar las reglas generales ya anotadas, salvo que se incluya una disposición que para el caso de ampliaciones por proyectos de viviendas sociales se deba mantener la tarifa del territorio operacional colindante hasta el próximo estudio tarifario, donde se insertará en el estudio global, o de la localidad de que se trate.

Plano regulador y zonas de extensión de los TO.

Este objetivo fue abordado desde un principio en la tramitación del proyecto de ley que modificó el marco normativo de los servicios sanitarios el año 1998 (ley 19.549). En efecto, en el Mensaje Presidencial se anunciaban las siguientes medidas para lograr una mayor coherencia entre áreas de concesión y áreas urbanas o de extensión urbanas:

Que la Superintendencia de Servicios Sanitarios, dentro de los procesos de otorgamiento de concesiones, solicite informe a los organismos responsables de los planes reguladores de la ciudad como parte del proceso para resguardar la coherencia entre áreas de concesión y áreas de expansión urbana. Adicionalmente, se agrega la facultad de modificar el territorio pedido, ampliándolo a áreas intermedias o periféricas urbanizables. Son los actuales artículos 12 A y 12 B de la LGSS (ley General de Servicios Sanitarios).

Otorgar a la Superintendencia de Servicios Sanitarios la facultad de exigir al prestador sanitario existente la ampliación de la concesión hacia áreas urbanas definidas en el respectivo plano regulador que, en opinión fundada técnica y económicamente, fuese conveniente incorporar al área operacional existente. Por regla general, la exigencia de ampliación se ejercería e informaría al prestador al inicio del respectivo proceso tarifario, incorporándose el efecto de dicha ampliación en tarifas. Excepcionalmente, por causa fundada, la Superintendencia podría exigir la ampliación en el periodo intertarifario en cuyo caso fijaría tarifas *ad-hoc*. En este evento, el proyecto establecía el derecho de la sanitaria a exigir indemnización por daño emergente, monto que sería

determinado por una comisión de peritos y pagado por el gobierno regional respectivo.

Esta iniciativa se modificó durante el primer trámite de su discusión. Por una parte, el Ejecutivo decidió restringir la ampliación a áreas colindantes y eliminar la posibilidad de indemnización con cargo al presupuesto de los gobiernos regionales. Por otra, la comisión de Obras Públicas del Senado decidió que esta facultad debía estar precedida por licitación pública para evitar situaciones poco transparentes. De esta manera, se promulgaron los artículos 33 A y 33 B de la LGSS consagrando el mecanismo que actualmente existe para ampliar los territorios operacionales de las empresas sanitarias.

En consecuencia, se trata de una temática ya debatida en el Congreso. Tal vez sería conveniente buscar mecanismos para hacer más expedito el trámite de la licitación, pero eliminar esta herramienta llevaría a levantar nuevamente el problema de transparencia y probidad en el ejercicio de una facultad discrecional.

Finalmente, se hace presente que se estudia en la Comisión de Vivienda y Urbanismo del H. Senado de la República, un proyecto de ley que, modificando la Ley General de Urbanismo y Construcciones, regula de forma más detallada las normas sobre planificación urbana (Proyecto enviado mediante Mensaje Presidencial N°866-355). Este proyecto ya fue informado por esta Superintendencia mediante Oficio 1236/08. Sin perjuicio de lo anterior, se reitera que esta Superintendencia estima que el proyecto, al contener normas que precisan el límite urbano, dará una mayor certeza al momento de informar el otorgamiento de concesiones sanitarias o llamar a licitación pública.

LIMITES URBANOS TERRITORIOS OPERACIONALES

Implicancias regulatorias.-

La concepción del marco regulatorio, apunta a que en toda nueva área factible de concesionar, se permita la competencia entre los interesados de forma tal de asegurar la transparencia y eficiencia en el proceso de otorgamiento.

Si pensamos en modificar la ley y obligar al concesionario regional a ampliar automáticamente sus límites operacionales, de forma de hacerlos coincidentes con los límites urbanos, el principio señalado se rompe, la empresa existente sería “concesionaria permanente” de todos los terrenos urbanos, imposibilitando la entrada de nuevos actores al sector y eliminado la competencia.

Por otra parte hay regiones en las cuales hay presencia de más de un operador, y se tendría que privilegiar a alguno de ellos.

Para subsanar lo señalado, la única forma de implementar la coincidencia entre los límites urbanos y los territorio operacionales, pasa por modificar la ley y que esta ordene a la Superintendencia de Servicios Sanitarios que efectúe las licitaciones públicas que sean necesarias, sin el análisis, que actualmente la ley señala, de si en dichas zonas es imprescindible asegurar la provisión de los servicios sanitarios.

En este escenario, si no se presentan interesados, la Superintendencia de Servicios Sanitarios puede ordenar al prestador más cercano la ampliación de su concesión.

Actualmente, previo a ordenar la ampliación forzada, la Superintendencia de Servicios Sanitarios debe evaluar si se cumplen los siguientes requisitos:

- La incorporación de las nuevas áreas debe ser factible técnicamente

- La incorporación de las nuevas áreas debe ser factible de enfrentar administrativamente y financieramente por el prestador.

- Las modificaciones del PD que se puedan ordenar no podrán representar daño emergente para el prestador.

Obviamente en gran parte de los casos, estos requisitos no se cumplirán, por lo cual se deberían efectuar profundas modificaciones legales al marco regulatorio y adicionalmente al tarifario.

Implicancias tarifarias

Tenemos que tener presente que la concesionaria tiene la obligación de otorgar factibilidad a quien lo solicite dentro de su TO, así sea “una sola casa” en el límite más alejado, las inversiones en estos casos son altas frente a demandas muy pequeñas. Este escenario, se puede transformar en impracticable por el monto de los aportes de terceros, obras a construir por el interesado, y por la cuantía de los aportes reembolsables que las empresas exigirán.

Normalmente los límites urbanos se fijan para dar cabida a crecimientos esperados de 30 años, estos crecimientos esperados normalmente exceden con mucho la realidad y tenemos numerosos casos en los cuales las áreas y densidades respectivas, definidas en los planos reguladores, permitirían más que duplicar las actuales poblaciones.

Al efectuar los cálculos tarifarios, se consideran las demandas asociadas a la tasa de crecimiento real que presenta cada localidad y estas demandas se distribuyen en el área bajo concesión, TO de la empresa, ya que la tarifa debe permitir al concesionario otorgar servicio a quien se lo solicite dentro de dicho TO.

Tendremos entonces, poca demanda y mucha área a cubrir, poca densidad habitacional y muchas inversiones.

El problema es aún mayor para el alcantarillado y tratamiento de las aguas servidas, pues las características de los territorios (topografía, etc.) y la normativa para el tratamiento de las aguas servidas vigente, pueden implicar soluciones de costos insospechados.

Estas inversiones y gastos para poder factibilizar estas nuevas áreas, significaran o aumentos tarifarios para los territorios operacionales pre existentes o tarifas diferenciadas y muy elevadas para los nuevos sectores, generando un problema mayor que el que se quiere evitar.

Tendremos como país, infraestructura en exceso, ociosa, y que tendrá que ser pagada en tarifas, en definitiva un derroche de recursos.

[4]Rentabilidades de las Empresas Sanitarias

Periodo 2001-2007

I.- MARCO CONCEPTUAL

Comúnmente, se puede observar en algunas publicaciones de prensa un indicador de rentabilidad, llamado rentabilidad sobre ingresos o sobre ventas (Corresponde al cuociente entre el resultado operacional y los ingresos de explotación o ventas)[5].

El margen operacional sobre los ingresos no es una medida directa de la rentabilidad porque se basa en los ingresos y no en la inversión en activos realizada por la empresa o por los inversionistas. Más que medir la rentabilidad se debe entender como una representación relativa del margen de una empresa, negocio o sector. Es decir, este indicador refleja la capacidad de una empresa para producir un producto o servicio a un costo muy bajo o a un precio muy alto.

El hecho que se utilice como un *proxy* de la rentabilidad se explica, esencialmente, por lo simple de calcular, dado que no requiere de mayores ajustes contables como los indicadores de rentabilidad.

Sin embargo, su interpretación y comparación en forma aislada puede llevar a conclusiones discutibles, sobre todo cuando se compara este indicador entre sectores con diferentes estructuras de negocio. Es así que sería un resultado esperable que empresas muy competitivas y no intensivas en activos fijos, como, por ejemplo, las empresas de *retail* muestren márgenes más bajos que empresas manufactureras.

En el caso particular de las empresas sanitarias, caracterizadas por ser intensivas en capital o activo fijos, lo esperable sería observar un nivel de margen sobre las ventas alto y mayor que sectores menos intensivos en capital. En el estudio mencionado que calcula dicho indicador, se concluye que las Empresas Sanitarias son las que muestran la mayor rentabilidad (35,5%), seguido de las AFP (32,5%), las Autopistas Concesionadas (31,6%) y los Bancos (21,2%). Por lo tanto el resultado mostrado de las empresas sanitarias no debería sorprender por ser altamente intensivas en capital y no es comparable con otros negocios como los Seguros, Isapres o *Retail*.

Con todo, el problema conceptual más importante de las medidas contables de la rentabilidad es que no proporcionan un punto de referencia para hacer comparaciones. En general, una empresa es rentable en sentido económico tan sólo cuando su rentabilidad es mayor a la que los inversionistas podrían lograr por su propia cuenta en los mercados de capitales.

2. SELECCIÓN DE INDICADORES DE RENTABILDAD

La medición de la rentabilidad se puede realizar ya sea a nivel de rentabilidad de activos y patrimonial.

Rentabilidad sobre Activos

[4] Trabajo elaborado por la Superintendencia de Servicios Sanitarios y presentado en la Comisión en fecha 16 de abril de 2008

[5]Fuente: Elaborado por consultora Altura Management, y publicado en la prensa nacional.

El indicador principal para la medición de la rentabilidad sobre “activos” es el ROCE (“*Return On Capital Employed*”),

El ROCE es una medida de rentabilidad operacional para un cierto período de tiempo (normalmente medido en forma anual), la cual considera los activos y pasivos operacionales que fueron requeridos para generar el ingreso operacional de la empresa durante ese período. Se calcula como el cociente entre el resultado operacional y el capital empleado.

Otro Indicador utilizado es el ROA (“*Return On Assets*”), pero el ROA subestima de alguna forma la rentabilidad real del negocio, ya que considera en su cálculo a todos los activos invertidos en la empresa, sin hacer distinción si corresponden a activos propios de negocio (activos productivos) u otro tipo de activos no productivos, mientras que el ROCE considera como capital empleado los activos operacionales, excluyendo del total de activos los activos financieros e incluyendo pasivos operacionales.

En conclusión, para efectos de comparar la rentabilidad entre empresas, en el sector sanitario, se recomienda utilizar como medida de comparación el ROCE.

Cabe destacar que las rentabilidades que se pueden obtener a través del ROCE consideran solamente los activos como costo de inversión histórico, el cual bien puede haberse adquirido o construido a costos distintos a lo que se podría adquirir en la actualidad. Con este punto se quiere enfatizar que la rentabilidad estimada sobre la base de información contable o histórica no representa bajo ningún punto la rentabilidad económica.

En el cálculo de tarifas se debe incorporar como costo de capital la Tasa de Costo de capital definida en la Ley de Tarifas y su Reglamento y es un indicador de la rentabilidad económica puesto que se aplica sobre el valor económico de los activos imprescindibles para dar el servicio sanitario, esta tasa se calcula cada empresa y en la actualidad el valor es menor al 7%, que es el valor mínimo establecido en la ley y por lo tanto las tarifas están calculadas con una tasa de costo de capital de 7%:

Rentabilidad sobre Patrimonio

Para medir la rentabilidad sobre patrimonio se usa el indicador ROE. El ROE (“*Return on Equity*”), es una medida de rentabilidad anual sobre el patrimonio, lo que implica medir la rentabilidad de los recursos aportados por los accionistas y no sobre la totalidad de las inversiones operacionales hechas en el negocio.

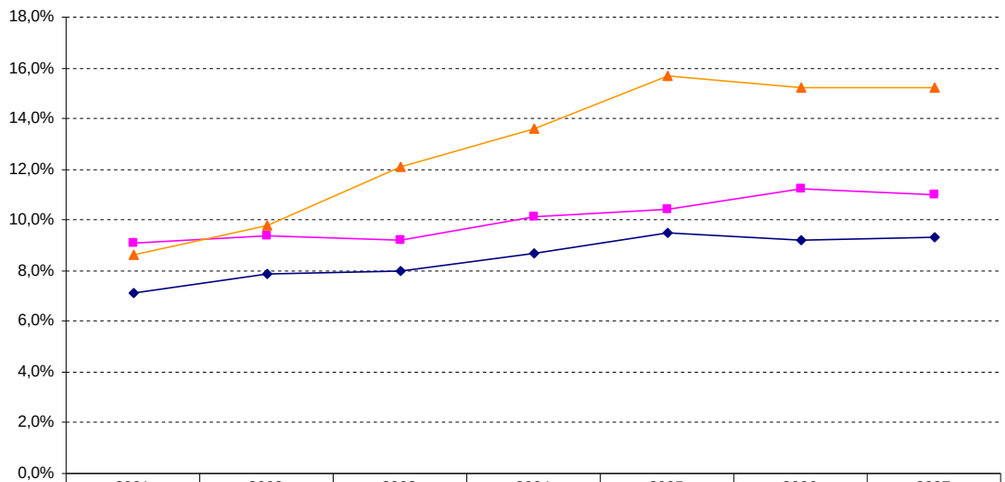
Las diferencias entre el ROCE y el ROE van a estar principalmente dadas por el nivel de endeudamiento y qué tan distinto es la tasa de retorno de los activos (ROCE) en relación a la tasa de endeudamiento.

3. RESULTADOS RENTABILIDAD 2001-2007.-

a) Comparación Sectorial

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de los indicadores ROA, ROCE y ROE para el sector sanitario.

Grafico N° 1
Rentabilidad Sector Sanitario 2001-2007



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ROA	7,1%	7,9%	8,0%	8,7%	9,5%	9,2%	9,3%
ROCE	9,1%	9,4%	9,2%	10,1%	10,4%	11,2%	11,0%
ROE	8,6%	9,8%	12,1%	13,6%	15,7%	15,2%	15,2%

Del gráfico se desprende lo siguiente

- El sector sanitario presenta una clara y sostenida mejoría en la rentabilidad a partir del año 2001. Este aumento estaría explicado en parte por la mayor eficiencia lograda por las empresas en la administración de los costos una vez privatizadas.
- El retorno sobre los activos (ROA, ROCE) presenta una baja volatibilidad en el periodo, logrando un avance promedio anual de 5% y 3% respectivamente.
- En el año 2007, la rentabilidad de los activos (ROA y ROCE) se situó en un 9,3% y 11 % respectivamente.
- Del gráfico se observa que en el periodo 2002 - 2007 el ROE es superior al ROCE, lo que da cuenta de un mayor nivel de endeudamiento en el sector y que el ROCE de las empresas sigue siendo mayor a su costo de endeudamiento.

b) Comparación entre empresas sanitarias

En el siguiente cuadro se presenta el retorno por activos de las empresas del sector.

Cuadro N°1
Rentabilidad sobre el Capital Empleado (ROCE)

N°	Empresa	Rentabilidad sobre capital empleado (ROCE)						
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Empresas Mayores:	**9,7%**	**10,3%**	**10,6%**	**11,2%**	**11,7%**	**12,4%**	**12,0%**
1	AGUAS ANDINAS	10,4%	9,7%	10,2%	10,9%	12,5%	14,0%	13,7%
2	ESSBIO	7,6%	12,4%	11,8%	12,2%	9,7%	9,0%	8,6%
	Empresas Medianas:	**8,3%**	**7,7%**	**7,5%**	**7,8%**	**6,8%**	**7,5%**	**7,8%**
3	ESVAL	10,4%	7,6%	7,3%	7,1%	5,9%	7,0%	6,6%
4	AGUAS NUEVO SUR MAULE	-4,9%	3,4%	4,1%	3,3%	3,5%	3,5%	5,4%
5	AGUAS ARAUCANIA	7,1%	6,9%	7,3%	6,7%	12,5%	7,9%	9,1%
6	SMAPA	27,1%	19,0%	24,9%	21,6%	5,4%	12,4%	13,5%
7	ESSAL	10,4%	9,8%	8,9%	11,1%	10,1%	10,7%	10,5%
8	AGUAS DEL VALLE	7,0%	10,0%	21,8%	14,4%	13,5%	13,2%	11,9%
	Empresas Menores:	**9,2%**	**10,3%**	**8,9%**	**11,9%**	**15,9%**	**17,0%**	**16,2%**
9	AGUAS DE ANTOFAGASTA	14,6%	19,9%	11,2%	13,4%	15,7%	18,7%	19,4%
10	AGUAS DEL ALTIPLANO	5,2%	5,2%	4,8%	6,3%	17,9%	20,3%	22,5%
11	AGUAS CORDILLERA	11,6%	13,1%	12,2%	15,5%	14,8%	14,4%	11,1%
12	AGUAS CHAÑAR	3,7%	3,2%	5,1%	10,9%	18,7%	17,5%	18,3%
13	AGUAS MAGALLANES	6,6%	2,4%	7,7%	6,0%	17,6%	21,3%	24,0%
14	AGUAS DECIMA	6,6%	8,7%	7,9%	12,1%	14,3%	12,7%	14,3%
15	AGUAS PATAGONIA DE AYSÉN	6,7%	7,0%	10,9%	12,8%	16,2%	15,3%	13,7%
16	SERVICOMUNAL	11,1%	10,9%	11,5%	12,1%	19,9%	16,5%	16,7%
17	AGUAS MANQUEHUE	7,7%	7,6%	10,5%	9,4%	11,7%	13,0%	11,0%
18	SERVILAMPA	-	-	-	-	-	-	-
19	AGUAS LOS DOMINICOS	11,1%	8,4%	8,6%	15,2%	13,8%	15,1%	16,7%
20	COOPAGUA	4,1%	2,9%	7,6%	4,3%	7,1%	5,9%	2,6%
	TOTAL	**9,1%**	**9,4%**	**9,2%**	**10,1%**	**10,4%**	**11,2%**	**11,0%**

Nota: Las empresas Aguas Nuevo Sur Maule, Aguas Araucanía, Aguas del Valle, Aguas de Antofagasta, Aguas del Altiplano, Aguas Chañar, Aguas Magallanes y Aguas Patagonia de Aysén son operadoras de la concesión, cuyos activos pertenecen a ECONSSA (se vendió el derecho de explotación por 30 años). Los valores calculados de rentabilidad pueden estar sobreestimados, ya que depende del valor pagado por el derecho de explotación.

Del cuadro se desprende lo siguiente:

- Si se observa los retornos por segmento de empresas (menores, medianas y grandes), las empresas menores registraron el mayor y más irregular incremento de rentabilidad, pasando de 9,2% en el año 2001 a 16,2% en el año 2007. Este incremento puede estar explicado por una reducción en los costos de administración debido a que muchas empresas de este segmento comparten costos con empresas de un mismo controlador o matriz. Este sería el caso de las empresas Aguas Altiplano y Aguas Magallanes las que dependen administrativamente del Grupo Aguas Nuevas.
- El segmento de empresas medianas presenta retornos parejos y sistemáticamente inferiores al promedio de la muestra de nacional en el periodo 2001-2007. A partir del año 2001 los retornos fueron decreciendo alcanzando un mínimo de 6.8% y estabilizándose en torno a los 7,5%.
- Para el segmento de empresas mayores se observa un claro y sostenido crecimiento de la rentabilidad alcanzando un valor cercano al 12% en el año 2007.
- Tanto ESVAL y ESSBIO muestran una rentabilidad descendente en los últimos años, situándose por debajo de la rentabilidad de su segmento y del promedio nacional.
- Las empresas ESSBIO, ESVAL, Aguas Nuevo Sur Maule, Aguas Araucanía, COOPAGUA, presentaron en el año 2007 los menores retornos de activos en base a los costos de inversión históricos de la compañía, situándose por debajo del promedio de la muestra nacional.
- En cambio, las empresas Aguas Magallanes y Aguas Altiplano presentaron los mayores retornos en el año 2007 con respecto al

promedio nacional. Esta diferencia puede estar explicada por una menor inversión histórica o una mayor depreciación acumulada relativa de estas empresas con respecto al sector.

En el siguiente cuadro se muestra la rentabilidad sobre el patrimonio o de los accionistas:

Cuadro N°2
Rentabilidad sobre Patrimonio (ROE)

:: **Rentabilidad del patrimonio**

N°	Empresa	Rentabilidad del patrimonio (ROE)						
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Empresas Mayores:	**8,9%**	**10,5%**	**14,9%**	**14,7%**	**18,0%**	**17,8%**	**18,5%**
1	AGUAS ANDINAS	10,3%	11,3%	17,1%	16,5%	19,9%	21,6%	22,4%
2	ESSBIO	5,0%	8,5%	10,8%	11,2%	14,3%	9,7%	10,1%
	Empresas Medianas:	**8,2%**	**7,4%**	**7,5%**	**9,7%**	**10,0%**	**10,0%**	**10,2%**
3	ESVAL	7,5%	7,3%	7,3%	8,5%	8,8%	9,2%	8,6%
4	AGUAS NUEVO SUR MAULE	-1,8%	-7,2%	-7,1%	-0,2%	8,5%	4,0%	8,5%
5	AGUAS ARAUCANIA	8,1%	8,4%	8,5%	5,1%	15,9%	13,3%	12,8%
6	SMAPA	24,5%	20,6%	26,2%	22,3%	6,2%	13,5%	14,1%
7	ESSAL	8,3%	14,9%	15,1%	15,0%	12,3%	12,5%	12,8%
8	AGUAS DEL VALLE	7,6%	11,1%	16,4%	19,2%	17,3%	16,8%	14,7%
	Empresas Menores:	**8,5%**	**10,6%**	**11,9%**	**17,7%**	**20,0%**	**18,1%**	**16,7%**
9	AGUAS DE ANTOFAGASTA	13,7%	15,4%	20,0%	23,8%	20,3%	18,1%	15,9%
10	AGUAS DEL ALTIPLANO	3,0%	4,7%	5,5%	7,5%	23,8%	25,5%	24,8%
11	AGUAS CORDILLERA	15,5%	17,6%	17,0%	20,7%	19,7%	15,5%	14,1%
12	AGUAS CHAÑAR	3,5%	3,3%	5,4%	13,2%	32,1%	33,1%	31,7%
13	AGUAS MAGALLANES	5,2%	6,1%	10,7%	13,0%	23,0%	25,2%	24,8%
14	AGUAS DECIMA	5,0%	8,5%	8,2%	14,7%	15,8%	13,8%	14,4%
15	AGUAS PATAGONIA DE AYSÉN	5,2%	5,5%	-3,6%	23,5%	25,7%	23,7%	19,2%
16	SERVICOMUNAL	10,5%	11,4%	9,6%	9,8%	8,9%	12,2%	15,4%
17	AGUAS MANQUEHUE	8,6%	12,2%	11,7%	14,8%	13,8%	12,6%	11,9%
18	SERVILAMPA	-	-	-	-	1,3%	-51,2%	-47,1%
19	AGUAS LOS DOMINICOS	6,0%	7,0%	8,6%	12,6%	10,0%	12,1%	13,4%
20	COOPAGUA	6,5%	4,3%	10,9%	9,2%	8,2%	5,8%	3,5%
	TOTAL	**8,6%**	**9,8%**	**12,1%**	**13,6%**	**15,7%**	**15,2%**	**15,2%**

Del cuadro se desprende lo siguiente:

- Las empresas que registraron mayor retorno sobre el patrimonio en el año 2007 fueron Aguas Andinas, Aguas Altiplano y Aguas Magallanes con 22,4%, 24,8% y 24,8% respectivamente, cuyos valores están por sobre el promedio nacional.

- Al igual que en el caso anterior la rentabilidad del segmento medio se sitúa por debajo de la rentabilidad promedio del sector en el periodo 2001-2007.

Don **GUILLERMO PICKERING**, Presidente de la Asociación Nacional de Empresas de Servicios Sanitarios (ANDESS), expresó que la empresa modelo tarificada se dimensiona sólo para atender la zona de concesión y el crecimiento previsto dentro de ésta en el período tarifario de 5 años. No están concebidas, diseñadas ni dimensionadas para atender la demanda potencial que pueda existir más allá de la zona de concesión. La rentabilidad está acotada a una actividad de bajo riesgo y flujos altamente predecibles. Las tarifas no cubren los riesgos propios de negocios inmobiliarios, cuya demanda es altamente impredecible y volátil.

Las tarifas, agregó, se calculan para zonas de costos homogéneos de forma de evitar subsidios cruzados entre usuarios. De esta manera, se busca que los usuarios y los desarrolladores inmobiliarios sean racionales en su decisión de ubicación. En consecuencia, las tarifas de un sector normalmente no son aplicables a la realidad de costos de un sector aledaño. Los parámetros utilizados en el cálculo tarifario corresponden al promedio de los usuarios de la zona de concesión.

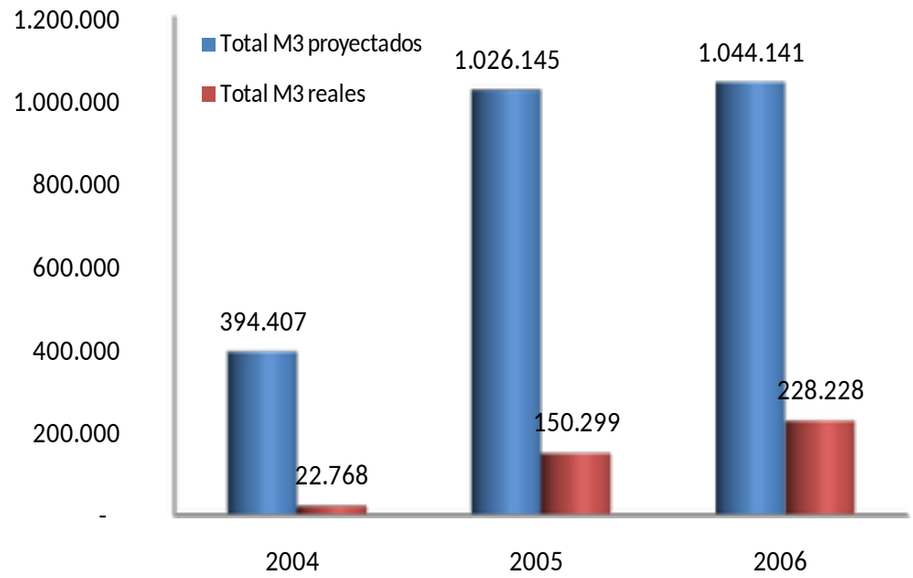
A las empresas no se les reconoce los mayores costos derivados, por ejemplo, de las mayores incobrabilidades o las mayores tasas de pérdidas que se da en proyectos de expansión en sectores de bajos ingresos. La tarifa se concibió para evitar subsidios cruzados desde la gente más pobre hacia los segmentos de mayores ingresos. Los cargos por sobreconsumo y los subsidios focalizados obedecen a esa lógica (al igual que el esfuerzo por evitar subsidios cruzados relevantes).

Precisó que los AFR son la contraprestación de la obligatoriedad de servicio que enfrentan las sanitarias en su área de concesión. En efecto, en cualquier momento, dentro de la zona de concesión puede aparecer un desarrollador inmobiliario y exigir de la sanitaria factibilidad de proyectos de cualquier tamaño. Dado que la sanitaria no puede negarse a otorgar la factibilidad, se ve en la necesidad de financiar las obras que sean necesarias para satisfacer a cabalidad los requerimientos del desarrollador inmobiliario. Los AFR son la contrapartida de dicha obligación y es la opción que la sanitaria tiene de exigir del desarrollador inmobiliario el financiamiento de las obras.

La liquidez del mercado financiero puede variar en el tiempo, pero eso no releva a la sanitaria de su obligación de construir las obras. Por ello, precisó, las sanitarias deben contar con una opción de financiamiento de las obras provista precisamente por quienes las generan.

En cualquier industria competitiva, los actores pueden rechazar una venta evitando tener que incurrir en inversiones en capacidad que no pueden o no quieren asumir; las sanitarias no tienen esta opción.

Riesgos de los proyectos de ampliación de TO, ejemplo: el comportamiento de la demanda.



Las sanitarias efectúan los cobros mayoritariamente en resguardo de sus clientes actuales. En efecto, dijo, la mayor parte de lo que la sanitaria cobra al desarrollador inmobiliario corresponde a ítems que luego serán reconocidos como aportes de terceros en la fijación tarifaria siguiente.

De esa forma, lo aportado por los desarrolladores inmobiliarios se traduce en una directa compensación a los clientes de la sanitaria de modo que sus tarifas no acusen el impacto de los mayores costos asociados a los nuevos proyectos. La sanitaria sólo percibe aquella porción correspondiente a los costos y riesgos no reconocidos en las tarifas.

Hay quienes caracterizan esta discusión como una entre hogares de bajos ingresos versus concesionarias sanitarias cuando en verdad se trata de una entre desarrolladores inmobiliarios versus clientes actuales de las concesionarias sanitarias.

La pregunta de fondo es: ¿quién debe pagar los mayores costos implícitos en los desarrollos inmobiliarios? Sólo hay 4 opciones:

1.- Los clientes de las nuevas casas. Si lo hicieran, se podría llegar al absurdo que las tarifas sanitarias variarían por manzanas y se podría llegar a valores impagables para viviendas sociales en algunos casos.

2.- Los clientes dentro de la zona de concesión. Se produciría un subsidio encubierto que favorecería la extensión inorgánica de las ciudades, financiado por todos los hogares dentro del TO. En localidades pequeñas, el impacto en los clientes actuales puede ser muy importante.

3.- Los urbanizadores. En la medida que ellos son quienes generan estos mayores costos, lo razonable es que ellos los asuman.

4.- El Fisco de Chile. Para el caso de las viviendas sociales, pudiera ser una opción y ya hay mecanismos previstos en la ley para ese efecto; para las privadas, no tiene ningún sentido ni justificación.

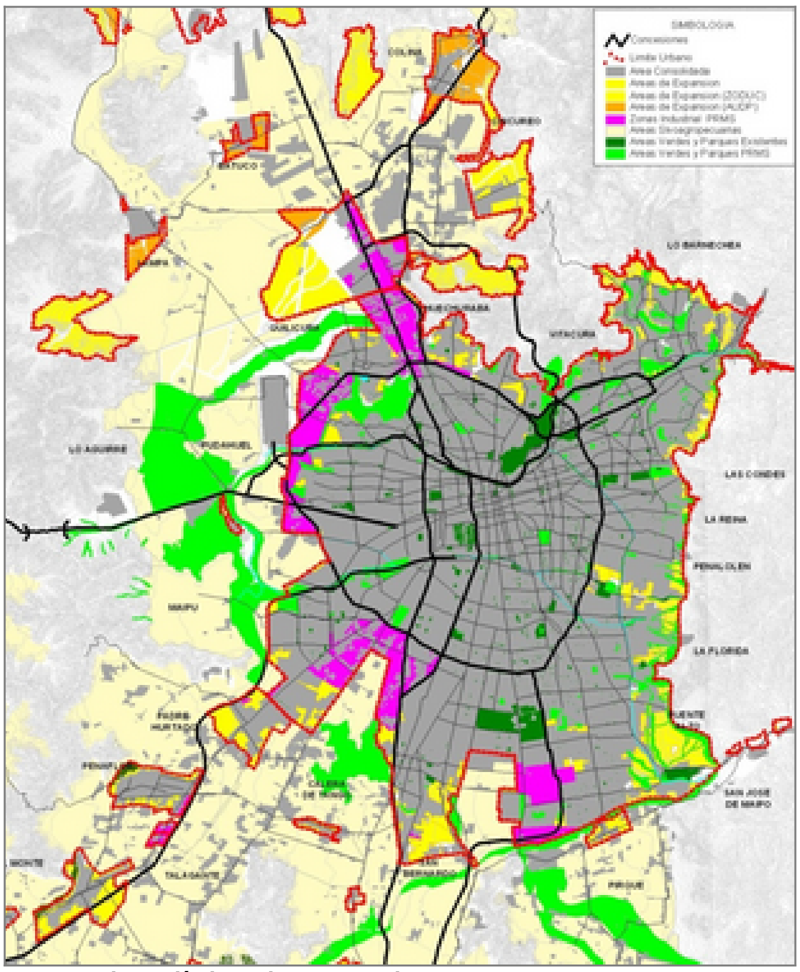
Por tanto, dijo, lo que está realmente en juego aquí es que sean los desarrolladores inmobiliarios quienes internalicen los mayores costos de largo plazo que irrogan a la sociedad en virtud de los proyectos que emprenden (“internalización de externalidades”) y, por ende, que el área urbana no crezca desmedidamente como resultado de una política que distorsiona las decisiones de inversión legitimando subsidios cruzados entre clientes sanitarios y urbanizadores.

Los cobros a las urbanizaciones reflejan la aptitud de los terrenos y no un capricho de las sanitarias. Mientras mejor sea el terreno, menores serán sus costos de urbanización y de provisión de servicios básicos; por ello, ese terreno será más caro. La selección de terrenos más baratos, conlleva mayores costos de urbanización. Lo que no parece lógico para la sociedad es que una mala selección de terreno se traduzca en una carga económica para terceros.

La extensión inorgánica de las ciudades genera múltiples costos a la sociedad, ya que: Aumenta los costos de transporte y los tiempos de viaje. Aumenta la congestión vehicular con el consecuente incremento en la contaminación. Aumenta los costos generales de infraestructura y equipamiento. Causa segregación socioeconómica. Propende a la urbanización de suelos con aptitud agrícola. Aumenta los costos de seguridad ciudadana. Deteriora la calidad de vida.

Cualquier política que extienda el área urbana o urbanizable sin que su causante internalice los costos generados va derechamente en contra de la política de densificación urbana impulsada por el Estado chileno en los últimos 13 años.

Si se adoptaran cambios regulatorios que promovieran la urbanización de todas las zonas aptas, la densidad de Santiago podría caer a menos de la mitad al año 2020.



Gran Santiago: límite urbano actual, AUDP, ZUDC y PDUC

La "internalización de externalidades" ha sido uno de los elementos clave en la definición del desarrollo condicionado de zonas urbanas (ZUDC y PDUC).

En efecto, el Plan Regulador Metropolitano de Santiago ha establecido entre los requisitos para la ampliación condicionada de zonas urbanas la siguiente: "Construir las obras de infraestructura necesarias para mitigar los impactos urbanos y ambientales del proyecto sobre el resto de la ciudad. Esta infraestructura incluye desde las vías de acceso y enlaces hasta las plantas de tratamiento de aguas servidas y residuos líquidos industriales en el caso de las áreas productivas." (Fuente: Memoria Explicativa y Ordenanza PRMS).

La "internalización de externalidades" se convirtió en el elemento habilitador de las expansiones de la zona urbana pues evita a los habitantes de las zonas urbanas actuales hacerse cargo de los costos irrogados por las nuevas expansiones.

El mismo concepto debe aplicarse en lo que a servicios sanitarios se refiere y las evaluaciones y cobros que realizan las sanitarias siguen esa misma lógica.

En síntesis, señaló que las tarifas sanitarias no contemplan los costos y riesgos asociados a la prestación del servicio fuera de su zona de concesión; los AFR son la contraprestación de la obligatoriedad de servicio que las sanitarias enfrentan dentro de la zona de concesión; al efectuar cobros a los desarrolladores inmobiliarios, las sanitarias evitan que los mayores

costos irrogados por las nuevas urbanizaciones tengan que ser asumidos por los clientes de sus zonas de concesión (a veces de niveles socioeconómicos similares o más bajos), y estos cobros corresponden a la “internalización de externalidades”, que es el concepto matriz que subyace a la expansión del área urbana de Santiago conforme las políticas que ha venido dictando y aplicando el Supremo Gobierno durante los últimos 13 años para efectos de regular la expansión urbana.

Por tanto, enfatizó que es claro que la factibilización de nuevos loteos implica costos que deben ser asumidos por alguien. Las preguntas relevantes son: quién debe asumirlos y por qué vía. Una decisión de desarrollo inmobiliario, aun cuando tenga un destino social, no debiera derivar en un mayor costo para los clientes actuales de las sanitarias. Siendo el mercado de las viviendas sociales competitivo, los costos de urbanización y de provisión de servicios básicos no alteran el precio de la vivienda, sino sólo la rentabilidad del proyecto inmobiliario o el valor del terreno.

Agregó que, por ello, no debiera incentivarse el que desarrolladores inmobiliarios elijan terrenos inapropiados (y en consecuencia, baratos) para que luego terceros carguen con el costo de esa mala decisión.

Señaló que se presume que existirían proyectos de viviendas sociales retrasados por las empresas sanitarias o que el costo de las viviendas se encarece por el cobro que realizan éstas a las inmobiliarias. Tal situación no es efectiva porque no hay proyectos de viviendas sociales paralizados por razones atribuibles a las sanitarias y el cobro de los AFR tiene justificación económica.

Respecto de la definición de vivienda social, dijo, ésta viene dada por el valor de tasación y no por el valor de venta. Esto sumado al nivel de generalidad de los descriptores de las tablas de costos, permiten a las direcciones de obras calificar como viviendas sociales, viviendas que tienen un valor de venta muy superior (1000 unidades de fomento o más).- Debiera definirse las viviendas por el valor de venta y no por el de tasación.

En relación con la situación de los proyectos de viviendas sociales y la industria sanitaria, señaló que las sanitarias han hecho un especial esfuerzo para agilizar las factibilidades de los proyectos de vivienda social fuera de la zona de concesión. No existen proyectos de viviendas sociales paralizados por gestión de las sanitarias, hay mayores costos de proveer el servicio versus tarifas de los clientes en área de concesión aledaña y subsidios cruzados.

Acerca de la ampliación de la zona de concesión, precisó que existe la ley Nº 20.038, de 2005, que modificó la ley General de Servicios Sanitarios, facilitando para viviendas sociales y subsidiadas las ampliaciones forzadas de zona de concesión. Esta ley se habría ocupado solamente en dos oportunidades.

El verdadero obstáculo para el pleno funcionamiento de esta ley es la falta de financiamiento de las obras para atender estas áreas cuando la tarifa actual no cubre sus mayores costos.

- La legislación por razones justificadas puede imponer cargas a determinada actividad económica pero al mismo tiempo tiene que proveer el mecanismo para compensar adecuadamente los mayores costos y externalidades de esta nueva carga. Esto es un principio jurídico universal y no respetarlo afecta el Estado de Derecho.

- Sin perjuicio de perfeccionar la liquidez de los documentos mercantiles de reembolso de los Aportes de Financiamiento Reembolsables (AFR), en los términos propuestos por el Ejecutivo durante la tramitación de la ley de mercados II, no se justifica la exención de su cobro a las viviendas sociales. El Ministerio de Vivienda y Urbanismo podría disponer de un fondo rotatorio al efecto.

- En el caso de la exención de los AFR por extensión además se perjudicaría a los actuales usuarios, especialmente a los de menos recursos, pues las tarifas se verían incrementadas por la existencia de cañerías paralelas más costosas e ineficientes, aparte de un incentivo equivocado pro expansión inorgánica de las áreas urbanas.

- El problema de la ampliación de concesiones sanitarias para atender las viviendas sociales no se resuelve sin recursos. No es equitativo que las empresas o los actuales usuarios soporten vía incremento de tarifas los mayores costos que demande la atención de nuevas áreas de servicio no cubiertos por las tarifas vigentes. En este sentido la reforma introducida por la ley 20.038 está en la dirección correcta pues permite cobrar la diferencia mediante aportes no reembolsables.

- Andess A.G. propuso al Ministerio de la Vivienda hace más de un año un convenio, que también está propuesto en varias regiones por las empresas, por el cual se agiliza enormemente el procedimiento para las ampliaciones de zona tratándose de viviendas sociales. Este procedimiento permite dar factibilidad de servicio dentro del plazo de 90 días de efectuado el requerimiento por el Ministerio a la sanitaria más cercana. Para ello, puntualizó, la sanitaria solicita la nueva área de concesión y renuncia a los plazos para la celebración del acto público (120 días) de entrega de antecedentes, de modo que transcurridos los 60 días legales para las posibles oposiciones de terceros, quede habilitada para otorgar factibilidades. El plazo para otorgar factibilidad condicionada a la obtención de la ampliación de la concesión podría reducirse aún más (30 días). El Convenio propuesto, eximía a las viviendas sociales de hasta 420 unidades de fomento del cobro de aportes financieros por capacidad, ampliable en un 30% (i.e. 546 UF) para proyectos de hasta 350 viviendas.

Concluyó indicando que no tienen información de proyectos de viviendas sociales paralizados por la gestión de las empresas sanitarias. Que es indispensable precisar lo que debe entenderse por vivienda social. Que las Empresas Sanitarias, dentro del marco de la responsabilidad social empresarial, han propuesto al Ministerio soluciones especiales y de excepción para proyectos que requieren ampliación de la zona de concesión o 52-Bis y para eximir de los AFRC dentro del área de concesión, a las viviendas sociales de hasta 420 unidades de fomento., incrementable hasta en un 30%.

La imposición de cargas debe estar indivisiblemente atada a su justificación y a una adecuada compensación de los costos y externalidades y la discusión de fondo es quién debe pagar los costos de las viviendas sociales.

Los cobros a los urbanizadores reflejan la aptitud de los terrenos, no incrementando el precio final de las viviendas sociales que está dado por el mercado. Al efectuar cobros a los desarrolladores inmobiliarios, las sanitarias evitan que los mayores costos irrogados por las nuevas urbanizaciones

tengan que ser asumidos por los clientes de sus zonas de concesión (a veces de niveles socioeconómicos similares o más bajos)

Dentro del marco legal vigente es posible encontrar soluciones para la problemática de las viviendas sociales. En tal sentido, es posible agilizar las ampliaciones de áreas de servicio para viviendas sociales. Las empresas sanitarias responderían dentro de 30 días requerimientos de los interesados, y quedarían habilitadas para dar factibilidad, debiendo solicitar de inmediato la ampliación de concesión. Si la concesión es otorgada a otro postulante debe hacerse cargo de la factibilidad anterior. Esto se puede lograr administrativamente sin necesidad de Ley.

Si la sanitaria estima, dijo, que económicamente no es factible la ampliación, deberá comunicar el costo de las obras adicionales al interesado, quién podrá reclamar a la Superintendencia. Las obras adicionales serán considerados aportes de terceros y por tanto no dan derecho a renta a través de la tarifa. Si la Superintendencia estima que las mayores obras no se justifican, previa convocatoria a licitación de la nueva área, paralelamente debiera correr el proceso de ampliación forzada. En rigor tampoco se requiere ley para esto.

Señaló que cabe mejorar la liquidez del reembolso de los AFR en los términos previstos en la indicación -retirada de “MK2”- y que soluciona la mayor parte de los problemas de financiamiento de las viviendas sociales en relación a los AFR. Es imprescindible resolver el problema del financiamiento que demande un nuevo proyecto inmobiliario social y que no cubra la actual tarifa.

Expresó que ANDESS A.G. reitera su disposición al otorgamiento de esta exención para las viviendas sociales, que por estar pre asignadas no implican que las empresas sanitarias asuman riesgos inmobiliarios. Solicitó que sea considerada la propuesta al proyecto de ley, cuyo único objetivo es precisar que los beneficios se otorguen a viviendas verdaderamente sociales y, en cuanto a las ampliaciones de territorio operacional para conjuntos de este tipo de viviendas, con ciertos límites objetivos y razonables.

La determinación de viviendas sociales pre asignadas cuyo valor de venta no exceda de 670 unidades de fomento, se deriva de la clasificación de viviendas sociales establecida en el decreto supremo N° 174, de 30 de Septiembre de 2005, del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, es decir, viviendas sociales pre asignadas del Fondo Solidario N°1 sin deuda, que es la inmensa mayoría de las viviendas sociales enfocadas al segmento más pobre del país. Dicho Fondo contempla viviendas de hasta 370 unidades de fomento, más 200, por subsidio diferenciado por localización, más 90 para edificaciones en altura acogidas a la ley N° 19.537**,** más 10 por ahorro previo del beneficiario. Ello da un total de 670 unidades de fomento. Las ampliaciones de zona deberían, con el procedimiento establecido en el proyecto de ley, aplicarse también a estas viviendas, con algunos límites razonables.

Doña **MARÍA DE LA LUZ DOMPER**, Investigadora del Instituto Libertad y Desarrollo, señaló que la indicación sustitutiva del Ejecutivo básicamente establece que: Se suprimen los AFR para viviendas sociales de menos de 750 unidades de fomento. Se regula lo que sucede fuera del área de concesión (pero dentro del límite urbano) para los proyectos de viviendas sociales de hasta 750 unidades de fomento.

Dicha regulación consiste en: El urbanizador podrá celebrar un convenio con el concesionario con otro interesado con el fin de obtener la factibilidad de servicio. Se eliminan todos los cobros por concepto de

suscripción del convenio para lograr la factibilidad de servicio. Se permite que algunas obras ejecutadas por los interesados se consideren aportes de terceros. Si existen discrepancias respecto de la celebración de estos convenios, resuelve la Superintendencia. Si no fuera posible la suscripción de un convenio entre las partes interesadas, el Ministerio solicitará a la Superintendencia que llame a licitación, tal como lo prevé la ley actual en estas situaciones.

Expresó que los AFR son aportes que entrega el urbanizador a la empresa sanitaria, con el fin de financiar la nueva demanda y la mayor infraestructura que atenderla significa, ya sea por capacidad (mayor densidad) o por extensión. Son, desde un punto de vista financiero, una alternativa distinta a las tradicionales de financiamiento que tiene la empresa sanitaria para construir las obras que requiere, dentro del área de concesión, para dar el servicio. Los aportes se otorgan por un plazo máximo de reembolso de 15 años. La opción de reembolso más utilizada en el caso sanitario son los pagarés reajustables.

La tasa de interés que se les aplica en la actualidad a los AFR consiste en el valor que resulta de dividir por dos la suma de la tasa anual efectiva promedio pagada por los bancos en operaciones reajustables de 1 a 3 años y la tasa anual efectiva promedio cobrada por los bancos en operaciones reajustables de 1 a 3 años, ambas informadas por el Banco Central de Chile, en los últimos 12 meses, anterior a aquel en que se pagó el aporte total o parcial o se convino la forma de pago de éste. Si existen discrepancias respecto del AFR resuelve la Superintendencia

El fundamento de su existencia radica en la obligatoriedad de servicio que tienen las empresas sanitarias dentro del territorio operacional de su concesión. Dado que se considera esta actividad un monopolio natural, por las economías de escala involucradas, se le da una herramienta de financiamiento a la empresa para que cumpla con dicha obligatoriedad y atienda la nueva demanda del servicio dentro de su área de concesión.

Expresó que se debe considerar ciertos principios:

Quien desarrolla un proyecto inmobiliario debe financiar el costo que implica ampliar la red de agua potable o extenderla. De lo contrario, se distorsionan los precios, con lo cual es más “barato” elegir terrenos más malos o lejanos, ya que el costo lo pagan otros. Esta distorsión genera subsidios cruzados entre los habitantes ya existentes de esa zona y los nuevos habitantes.

Existe un riesgo no cubierto por tarifas: el riesgo del negocio inmobiliario (que las casas no se vendan en el período de tiempo proyectado). Las inversiones sanitarias son indivisibles y si no queremos cometer errores respecto de las decisiones de inversión, dicho riesgo debe ser asumido por quien lo genera. Para esto sirven los AFR. Hoy los urbanizadores financian vía AFR, lo cual es más barato que garantizar que dicho riesgo no se va a generar. Las pequeñas empresas sanitarias muchas veces no tienen otra alternativa de financiamiento (en el mercado bancario) para cumplir con su obligatoriedad de servicio. Ellas necesitan el sistema de AFR.

Puntualizó que el problema que se advierte es que los pagarés que se utilizan como instrumentos de reembolso son poco líquidos y los recompran las mismas empresas sanitarias al 80% de su valor original. No se utilizaron en su momento las acciones como instrumentos de reembolso porque ello implicaba diluir la propiedad estatal (y las empresas eran públicas). Hay problemas con la tasa de interés. Existe un problema de descalce de plazos que

permite que las sanitarias obtengan endeudamiento más barato mediante este sistema, versus el que podrían obtener en el sistema bancario tradicional.

Por otra parte, dijo, fuera del área de concesión, no existen los AFR. En estos casos, si se demanda el servicio sanitario, por parte de un nuevo urbanizador, la Superintendencia debe llamar a licitación, y si fracasa dicha licitación debe exigir a la empresa sanitaria más cercana a que extienda su área de concesión (ampliación forzada de la concesión).

La Superintendencia ha recibido 13 solicitudes para que llame a licitación. En 8 de ellas llamó a licitación y en algunas tuvo que pedir ampliación forzada de la concesión. Todas estas solicitudes (menos 1) han sido para viviendas sociales. Fuera del área de concesión, la licitación es por menor precio. La ampliación forzada debe cumplir el requisito de no generar subsidio cruzado. Si dicho requisito no se cumple, en la actualidad la empresa sanitaria realiza cobros a los urbanizadores. Se requiere transparentar dichos cobros. Se debiera conocer por qué se está cobrando. Si no se llega a un acuerdo respecto del monto a cobrar debiera existir un mecanismo de solución de conflictos (tipo arbitraje de hombres buenos).

El problema que se ha advertido es que la Superintendencia no ha sido proactiva en llamar a licitación o en ampliar las zonas de concesión. Este trámite debiera hacerse, en la práctica, en un máximo 90 días.

Expresó que la solución pasa por simplificar el sistema de devolución de los AFR (como menor tarifa a pagar por los clientes en la cuenta de luz o con acciones). Cambiar la tasa de interés de estos instrumentos. Exigir que la Superintendencia tome un rol más participativo para el caso de extensiones de servicio fuera de la zona de concesión. Proponer un mecanismo de solución de divergencias en los cobros fuera del área de concesión, si la licitación es declarada desierta. Transparentar los cobros fuera del área de concesión.

Suprimir por completo los AFR implica que una parte del costo de la urbanización queda sin financiamiento y parte del mayor riesgo queda sin ser cubierto: ¿lo va a subsidiar el Estado?, ¿lo va a pagar la empresa sanitaria o la empresa inmobiliaria?. Si el mayor costo de desarrollo lo paga el urbanizador vía boletas de garantía le sale muy caro. Si lo asume la empresa sanitaria se distorsionan los precios. En consecuencia, propuso mantener los AFR corrigiendo sus problemas (problema de tasa de interés).

Concluyó que para la vivienda social, se requiere que exista AFR (sobretodo por extensión), puesto que de otra forma se distorsionan las señales de precio de los terrenos y las decisiones de inversión. Si se quiere eliminar el AFR para la vivienda social, entonces el Fisco debiera aumentar el subsidio a la vivienda social, de tal manera de cubrir el mayor costo de urbanización de los terrenos. De lo contrario, se incentiva el desarrollo urbano en zonas poco aptas, alejadas de la ciudad, con los consecuentes impactos negativos en transporte, medio ambiente, trabajo, vida familiar, etc. Fuera del área de concesión y dentro del límite urbano, se debe corregir el problema para todo tipo de viviendas (no sólo las sociales). Si existen utilidades excesivas en el sector sanitario, lo lógico y correcto es corregirlo en el próximo proceso de fijación tarifaria.

Don **LUIS NARIO**, Presidente de la Cámara Chilena de la Construcción, explicó que los problemas existentes entre urbanizadores y empresas sanitarias (ESS) surgen fundamentalmente porque la normativa existente no promueve en la práctica la coincidencia entre los territorios urbanos

y las áreas de concesión sanitaria. Ello, junto con la inacción del ente regulador (la Superintendencia), que se ha negado reiteradamente a efectuar licitaciones cuando han sido solicitadas por privados, ha dado pie a la existencia de cobros indebidos a los urbanizadores de parte de las empresas sanitarias, lo que aumenta los costos de los proyectos inmobiliarios, y de manera especial de aquellos de vivienda social. Todo ello cual perjudica a los compradores de vivienda, ya sea a través de un mayor precio de éstas, o definitivamente en una menor oferta de las mismas. Los proyectos de ley no abordan los problemas de fondo antes mencionado y además introducen mayores imperfecciones a la normativa actual.

La indicación sustitutiva del Ejecutivo -recaída sobre los textos refundidos- pretende la ampliación forzosa del territorio operacional de la empresas sanitaria para las viviendas de menos de 750 unidades de fomento, eliminado la posible oposición que pueda hacer la empresa sanitaria por causales de no factibilidad administrativa y/o financiera, es decir, no podrá invocar daño económico para evitar ampliación obligatoria de su territorio operacional. Pese a que en la gran mayoría de los casos de loteos de viviendas sociales se puede concluir, casi a priori, que esta ampliación no impactará en ningún caso negativamente el equilibrio económico y financiero de la empresa sanitaria. Estimó que no se puede eliminar a priori el derecho de la sanitaria a reclamar perjuicios económicos frente a una ampliación forzada. Lo anterior, en primer término, por un tema de resguardo del derecho de propiedad, que para un empresario deben ser sus legítimas ganancias económicas. En segundo término, porque no es posible que no se lleve a cabo ninguna evaluación económica financiera de la ampliación de un territorio, pues dicha evaluación está en la esencia de los estudios tarifarios que se aplican a los territorios regulados.

La normativa existente, dijo, no promueve en la práctica la coincidencia entre los territorios urbanos y las áreas de concesión sanitaria. El espíritu de los legisladores en las diferentes modificaciones a dicha normativa ha sido el de promover dicha coincidencia.

Es deseable un rol pro activo por parte de la Superintendencia, esto es, que impulse en forma eficaz los procesos de licitación, donde exista competencia entre diferentes proponentes, ganando la nueva concesión aquel que ofreciera la tarifa más baja (competencia “por la cancha”). Sin embargo, este razonamiento es errado pues las sanitarias que son monopolios naturales detentan una ventaja de costos irreproducible por un eventual competidor en una licitación “competitiva”, posición de dominio.

Las nuevas zonas urbanas que se han incorporado a alguna concesión sanitaria en los últimos diez años, han sido mayoritariamente por la ampliación de áreas de concesiones existentes, con una bajísima incorporación de nuevas empresas concesionarias distintas a las ya establecidas. En definitiva, no se dio la supuesta competencia en las licitaciones, ni tampoco la incorporación deseada de las áreas urbanas a las áreas de concesión sanitaria. Además, expresó que la superintendencia se ha negado reiteradamente a efectuar licitaciones cuando han sido solicitadas por privados

El espíritu de la legislación de 1989 y 1991 era asegurar mayores inversiones en un contexto de restricciones presupuestarias de las sanitarias, que eran mayoritariamente estatales, y en un contexto de incipiente desarrollo del mercado de capitales. El contexto actual es diametralmente opuesto, las sanitarias son privadas con amplio acceso al mercado de capitales (financiamiento bancario o a través de la colocación de bonos).

Explicó que el verdadero problema surge en los cobros que realizan las sanitarias a los desarrolladores inmobiliarios de viviendas sociales, quienes deben negociar desequilibradamente con la concesionaria, haciendo incluso que algunos proyectos se vuelvan inviables.

La indicación sustitutiva del Ejecutivo consagra un tratamiento diferenciado entre vivienda social y privada, no obstante que problema de cobros indebidos de parte de las sanitarias afecta a todos los segmentos de vivienda. Se está discriminando a la mitad de la población (del décil 6to hacia arriba) cuyos ingresos mensuales sobrepasan sólo los $338.000. La factibilización anticipada no revertirá la situación actual de los proyectos de viviendas sociales. Se traslada, teóricamente, la negociación entre urbanizador y la sanitaria desde el momento de la solicitud de factibilidad al momento de la solicitud de la provisión. Si bien, teóricamente, el proyecto puede ser construido sin que el urbanizador deba negociar con la sanitaria, al momento de solicitar factibilización, dicho proyecto no podrá ser recepcionado por la respectiva municipalidad si éste no cuenta con el certificado de dotación de servicios sanitarios, oportunidad en que se dará la negociación entre dicho urbanizador y la sanitaria. Como tiene posición de dominio en esas áreas, la medida propuesta por el Ejecutivo no facilitará la construcción de viviendas sociales, pues no se impedirá que se sigan realizando dichos cobros de su parte.

Enfatizó que hay un reconocimiento explícito que efectivamente existe un problema con los AFR y las expansiones de las áreas de concesión de las sanitarias. Estos problemas no se pueden resolver a través de un trato especial discrecional de una sanitaria, sino que se deben abordar a través de una modificación adecuada del marco regulatorio.

La propuesta de la Cámara es establecer la obligación para las empresas sanitarias colindantes de extender la prestación de sus servicios a toda el área urbana colindante. Las áreas urbanas deben ser establecidas de acuerdo a los planes reguladores comunales e intercomunales sancionados por el Ministerio.

Si hubiere otra empresa interesada en estas nuevas áreas (o parte de ellas), la Superintendencia llamaría a licitación. Establecer la obligatoriedad de fijación de tarifa de interconexión ex ante. Eliminación de los AFR por capacidad para todo tipo de vivienda.

Concluyó señalando que, con ello, se elimina la negociación caso a caso, la sanitaria deja de utilizar oportunistamente su posición de dominio. Se permite una mejor planificación de infraestructura sanitaria, beneficiando a usuarios con menores tarifas. Las sanitarias entrantes podrán aprovechar economías de escala de sanitarias establecidas. Se promueve una licitación (competencia por la cancha) con mayores probabilidades de verdadera competencia. Se eliminan los abusos en el uso de los AFR por capacidad, conservando los AFR por extensión que promueven a que los urbanizadores internalicen los costos de su ubicación (propósito de la política urbana del Ministerio).

IV.- <u>DISCUSIÓN DEL PROYECTO.</u>

A) DISCUSIÓN GENERAL.

Teniendo en vista las consideraciones, argumentos y finalidad contenida en las mociones signadas con los números 5502-14 y 5571-14 (refundidas), los señores Diputados fueron de parecer de aprobar la idea de legislar sobre la materia; se tuvo presente, en todo caso, las observaciones efectuadas por las autoridades sectoriales, en especial lo informado por el

Ministro de Obras Públicas, la Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS) y el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, así como lo señalado por las propias empresas que otorgan este tipo de servicios.

De este modo, se trata de favorecer con un menor costo la construcción de ciertos proyectos habitacionales, suprimiendo la exigencia de los Aportes de Financiamiento Reembolsables (AFR) a que tiene derecho el prestador de los servicios sanitarios -sin que lo anterior represente un aumento de tarifas-; resguardar la prestación del servicio sanitario en función del correcto desenvolvimiento del mercado inmobiliario (mantener el sistema de AFR en general); proteger a la empresa sanitaria de menor tamaño; reestudiar la idea de hacer que el territorio operacional coincida de manera automática con la ampliación del territorio urbano, ya que, en principio, se estaría creando un verdadero monopolio de tipo legal; mantener el mismo nivel tarifario del área contigua en el área que se solicita en concesión o ampliación, posibilitando que determinadas obras de capacidad que ordinariamente son de cargo del prestador, sean asumidas por los interesados -considerándose aportes de terceros- y, en esa condición, su inversión no se pagará en tarifas y, por último, propiciar un rol más activo por parte de la Superintendencia de Servicios Sanitarios.

Puesta en votación general la idea de legislar sobre la materia de que tratan las mociones, se APRUEBA por unanimidad.

B) DISCUSIÓN PARTICULAR.

El Ejecutivo presentó una indicación sustitutiva -que consta de dos artículos- a las mociones refundidas en informe, la que junto con favorecer al segmento de las viviendas sociales o subsidiadas de hasta 750 unidades de fomento, no haciéndoles aplicable la exigencia de aportes financieros reembolsables (AFR), dispone un procedimiento ágil y expedito -convenio o licitación- para obtener el certificado de factibilidad del servicio, tratándose de los aludidos proyectos habitacionales a ejecutarse dentro del límite urbano o de extensión urbana, pero fuera del territorio operacional, y se trató de la forma que sigue:

Artículo 1°.-

Este artículo, que agrega un inciso segundo en el artículo 33 del decreto con fuerza de ley N° 382 (ley General de Servicios Sanitarios), para eximir del cobro de aportes financieros reembolsables (AFR) a los proyectos de viviendas sociales o subsidiadas de hasta 750 unidades de fomento, fue objeto de una indicación sustitutiva de la **Diputada señora Nogueira y de los Diputados señores Uriarte; García; Montes; Duarte; Espinoza, don Fidel; Lobos y Monsalve, aprobada por unanimidad**, que considera tal exención pero cuando se trata de proyectos habitacionales destinados a la atención de familias vulnerables, que se financien en todo o parte con subsidios otorgados por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, en el Fondo Solidario I y II y Proyectos Integrados o aquellos que se creen para la atención de estos mismos segmentos de la población.

Asimismo, **fue objeto de una indicación complementaria de la Diputada señora Nogueira y de los Diputados señores Uriarte; Espinoza, don Fidel; Duarte; Lobos; Montes, y García, aprobada por unanimidad**, que incorpora un inciso tercero en la ley, y mantiene el derecho a

exigir AFR, tanto por capacidad como por extensión, a empresas sanitarias con menos de 3.000 arranques, independiente de las características de los proyectos habitacionales, ello en resguardo de la competitividad de empresas de gran tamaño con empresas “chicas”.

Artículo 2°

Este artículo, que incorpora un artículo 33 C y 33 D en la ley General de Servicios Sanitarios, contemplando un procedimiento ágil y expedito -convenio o licitación- para obtener el certificado de factibilidad del servicio, tratándose de proyectos habitacionales que indica a ejecutarse dentro del límite urbano o de extensión urbana, pero fuera del territorio operacional, y se trató de la forma que sigue:

El artículo 33 C que agrega en la ley, que regula el convenio para la obtención del certificado de factibilidad del servicio, fue objeto del las siguientes indicaciones:

Sus incisos primero y segundo, **fueron objeto de una indicación complementaria de la Diputada señora Nogueira y de los Diputados señores Uriarte; García; Montes; Duarte; Espinoza, don Fidel; Lobos, y Monsalve, aprobada por unanimidad**, que precisa qué proyectos habitacionales harán aplicable la norma.

Su inciso tercero, **fue objeto de una indicación complementaria de la Diputada señora Nogueira y de los Diputados señores Uriarte; García; Montes; Duarte; Espinoza, don Fidel; Lobos, y Monsalve, aprobada por unanimidad**, que confiere la posibilidad que determinadas obras de capacidad puedan ser asumidas por los interesados, considerándose aportes de terceros, para mantener el mismo nivel tarifario del área contigua en el área que se solicita en ampliación.

Su inciso final, que indica que cualquier discrepancia con relación a la aplicación de este artículo será resuelta por la Superintendencia de Servicios Sanitarios, **fue aprobado, por unanimidad, sin cambios.**

El artículo 33 D que agrega en la ley, que contempla el sistema de la licitación para el caso que no se dé los supuestos que exige el artículo 33C, **fue aprobado, por unanimidad, sin cambios**.

C) ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADAS POR LA COMISIÓN.

i) Los artículos de las mociones refundidas en informe fueron rechazados por unanimidad, y se refieren a eximir del cobro de conexión a las viviendas sociales o subsidiadas, de hasta 750 unidades de fomento, y a la ampliación forzada del territorio operacional de las sanitarias cuando se dé los supuestos que indica.

ii) El artículo 1° de la indicación sustitutiva del Ejecutivo fue rechazado por unanimidad, y su texto es el siguiente:

“ARTICULO PRIMERO.- Incorpórase el siguiente inciso segundo en el artículo 33 del Decreto con Fuerza de Ley No 382 de 1988, del Ministerio de Obras públicas, que fija el texto de la Ley General de Servicios Sanitarios:

“Tratándose de proyectos de viviendas sociales o subsidiadas de hasta 750 Unidades de Fomento, al prestador obligado a prestar el servicio no le serán aplicables las disposiciones del Título II del Decreto con Fuerza de Ley No 70 de 1988, del Ministerio de Obras Publicas; "De los Aportes Financieros Reembolsables.”.

iii) El inciso tercero del artículo 33 C, nuevo, que se pretende incorporar en el decreto con fuerza de ley N°382 de 1988, que fija el texto de la ley General de Servicios Sanitarios, contenido en el artículo 2° de la indicación sustitutiva y cuyo texto es el siguiente:

“Para la ejecución de los proyectos a que se refiere este artículo, determinadas obras de capacidad podrán ser asumidas por los interesados y se considerarán aportes de terceros. Este aspecto se deberá consignar en los convenios respectivos.”.

D) INDICACIONES DECLARADAS INADMISIBLES.

No hubo.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, y por las otras consideraciones que dará a conocer en su oportunidad el señor Diputado Informante, la Comisión de Vivienda y Desarrollo Urbano recomienda aprobar el siguiente

PROYECTO DE LEY

“ARTÍCULO ÚNICO.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto con fuerza de ley N° 382, de 1988, del Ministerio de Obras Públicas, que fija el texto de la ley General de Servicios Sanitarios:

1.- En su artículo 33, agréganse los siguientes incisos segundo y tercero, nuevos:

“Al prestador no le serán aplicables las disposiciones del Título II del decreto con fuerza de ley N° 70, de 1988, del Ministerio de Obras Publicas: "De los Aportes Financieros Reembolsables”, cuando se trate de proyectos habitacionales destinados a la atención de las familias vulnerables, que se financien en todo o parte con subsidios otorgados por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, en el Fondo Solidario I y II y Proyectos Integrados o aquéllos que se creen para la atención de estos mismos segmentos de la población.

Sin perjuicio de lo anterior, las empresas de servicios sanitarios con menos de 3.000 arranques, podrán exigir Aportes de Financiamiento Reembolsable (AFR) por capacidad, así como por extensión.”.

2.- Incorpóranse los siguientes artículos 33 C y 33 D, nuevos:

“Artículo 33 C. Tratándose de proyectos de viviendas sociales a que se refiere el inciso segundo del artículo 33, a ejecutarse dentro del límite urbano o de extensión urbana, pero fuera del territorio operacional, cualquier otro concesionario podrá comprometerse con el urbanizador a cargo de ese proyecto, a presentar, dentro del plazo de 30 días contados desde la fecha del convenio, una solicitud de nueva concesión o ampliación de ella. Celebrado el convenio, el postulante a concesionario que suscribió dicho convenio, deberá certificar la factibilidad de servicio. La solicitud otorgada será válida para todos los efectos legales, aun cuando en definitiva sea otro prestador el que se adjudique la concesión.

La suscripción del convenio no puede significar cobros de ninguna especie y su propósito es permitir otorgar la factibilidad de servicio que exigen las normas correspondientes para el desarrollo de los proyectos sociales a que se refiere el inciso segundo del artículo 33.

Cuando sea necesario para mantener el mismo nivel tarifario del área contigua en el área que se solicita en ampliación, determinadas obras de capacidad podrán ser asumidas por los interesados y se considerarán aportes de terceros. Este aspecto deberá consignarse en los convenios respectivos.

Cualquier discrepancia con relación a la aplicación de este artículo será resuelta por la Superintendencia de Servicios Sanitarios.

Artículo 33 D. En caso que no sea posible obtener la suscripción de los convenios a que se refiere el artículo 33 C, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, dando cuenta de esta situación, solicitará a la Superintendencia de Servicios Sanitarios la licitación prevista en el artículo 33 A.

Recibida dicha solicitud, la Superintendencia de Servicios Sanitarios evaluará la viabilidad técnica y financiera de abordar las concesiones por parte de un prestador sanitario, considerando para ello su impacto tarifario. A continuación, deberá emitir, mediante resolución fundada, su pronunciamiento en un plazo máximo de 30 días contados desde la recepción de la solicitud. Si dicha resolución es positiva se entenderá, para todos los efectos legales, que mediante la referida resolución se otorga la factibilidad de servicio, sin perjuicio que el futuro concesionario formalice sus términos y condiciones una vez obtenida la concesión o cuando ocurra la situación prevista en el articulo 48 de esta ley.”.”.

SALA DE LA COMISIÓN, a 2 de julio de 2008.

Tratado y acordado en sesiones de fecha 12 de diciembre de 2007, 2 y 16 de enero; 5 y 12 de marzo; 2, 9 y 16 de abril; 7 y 14 de mayo; 4 y 11 de junio y 2 de julio de 2008, con asistencia de las Diputadas señoras Claudia Nogueira y Marta Isasi, y de los Diputados señores Juan Carlos Latorre (Presidente), Gonzalo Uriarte (Presidente), Sergio Bobadilla, Gonzalo Duarte, Andrés Egaña, Fidel Espinoza, René Manuel García, Jorge Insunza, Juan Lobos, Manuel Monsalve, Carlos Montes y Jaime Quintana

Asiste, además, el Diputado señor Tuma, quien reemplazó en la sesión de 19 de diciembre de 2007 al Diputado señor Insunza y en la del 2 de enero de 2008 al Diputado señor Quintana.

ROBERTO FUENTES INNOCENTI
Secretario de la Comisión